

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 novembre 1892, à 1 heure

Par J. FOUAD ACLIMANDOS

Né au Caire, le 8 avril 1868

DES

POLYPES FIBRO-MUQUEUX
DES ARRIÈRE-NARINES

Président : M. LE FORT, professeur.

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
 { NÉLATON, CHARRIN, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 novembre 1892, à 1 heure

Par J. FOUAD ACLIMANDOS

Né au Caire, le 8 avril 1868

DES

POLYPES FIBRO-MUQUEUX
DES ARRIÈRE-NARINES

Président : M. LE FORT, professeur.

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
NÉLATON, CHARRIN, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDI.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	N.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILÉAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA BONNE MÈRE

*Si j'avais pu vous dédier ce travail, il aurait le grand mérite de
vous redire mon affection ! Sans vous il n'en a plus !*

A MES FRÈRES

*Pour tous vos bienfaits, recevez ici le faible témoignage de ma
reconnaissance et de mon amour fraternel.*

A MES SŒURS

A MES AMIS D'ENFANCE

A MM. LES DOCTEURS BATTLE ET CARRIEU

*Recevez, mes chers maîtres, l'expression de ma profonde gratitude
pour l'amitié dont vous m'honorez et pour les précieux conseils
que vous m'avez donnés durant mon séjour à Montpellier.*

A MONSIEUR MOUGEL BEY

Directeur de la mission Egyptienne en France.

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE PARIS ET DE MONTPELLIER

A MONSIEUR VAUDREMER

Interne des hôpitaux de Paris.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON LE FORT

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris
Chirurgien à l'Hôtel-Dieu.

*Nous le prions de recevoir l'expression de toute notre gratitude
et toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEJARS

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux de Paris, qui nous a inspiré ce travail.

*Nous lui sommes particulièrement reconnaissant des bons conseils
qu'il a voulu nous prodiguer et de l'amabilité avec laquelle il
nous a remis ses documents.*

A MES CONDISCIPLES DE MONTPELLIER
ET DE PARIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552005_0030

DES
POLYPES FIBRO-MUQUEUX
DES ARRIÈRE-NARINES

INTRODUCTION

A l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Le Fort, M. Lejars, professeur agrégé à la Faculté de médecine, faisant l'intérim de la clinique chirurgicale, a opéré une variété de polype du nez dont le diagnostic, sans être difficile, fut assez délicat. L'opération demanda elle-même beaucoup de soin et un manuel opératoire méticuleux. M. Lejars a bien voulu nous remettre la tumeur, une fois enlevée ; nous avons pu l'étudier dans le Laboratoire de M. le Professeur Le Fort avec M. Caussade, son chef de Laboratoire. Nous avons pu ainsi avoir une observation complète, bien suivie, d'un exemple de polype des arrières-narines ; et comme les cas de ce genre sont assez rares dans la science, M. le Dr Lejars

nous a engagé vivement à réunir les observations semblables et à en faire un tout pour le présenter comme le sujet de notre thèse inaugurale. Nous avons parcouru les livres classiques, tous les traités français de chirurgie, nous avons lu les articles du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* et du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, et nous avons pu constater que les renseignements n'abondaient pas, que signalée, ou à peine décrite, cette variété de polype n'était pas connue suffisamment et devait nécessairement embarrasser un grand nombre de praticiens quand ils se trouvaient en présence d'un malade présentant ces polypes du nez.

En lisant les principales revues de Rhinologie nous avons acquis la conviction que ces polypes auraient un cadre bien spécial, une histoire propre à eux, qu'ils formaient non pas une entité, mais un ensemble qu'il était bon de connaître, qu'ils possédaient des signes particuliers et une structure presque toujours identique, que le diagnostic maintes fois n'avait pas été fait, que ces polypes avaient été confondus avec les polypes muqueux des fosses nasales ou naso-pharyngiens, et que, pendant qu'on les opérait, la surprise de quelques médecins avait été grande, et l'opération rendue difficile par suite même d'une erreur sur la nature et le siège d'implantation de ces polypes. « Les polypes fibro-muqueux des arrière-narines » (tel est le titre sous lequel nous les désignons), ont, d'après nous, une physionomie spéciale, et c'est leur étude que nous nous proposons de faire. Nous essaierons

dans ce mémoire, de justifier leur nom, de montrer les particularités anatomiques qu'ils présentent, les symptômes qui permettent de les reconnaître et le traitement qu'on peut leur proposer, en insistant sur les caractères que nos maîtres ont bien voulu nous indiquer et en profitant des conseils qu'ils ont bien voulu nous donner.

Nous justifierons ainsi le nom sous lequel le professeur Trélat les désigne : « polypes muqueux des arrière-narines saillant dans le pharynx ; » mais nous agrandirons toutefois leur cadre. Car, placés dans une zone assez restreinte « les arrière-narines, » ils poussent des prolongements, soit en avant, et viennent faire saillie dans les narines antérieures, ou dans le pharynx, ce qui est le cas de Trélat. On voit dès lors les fausses interprétations auxquelles ils peuvent donner lieu, on comprend aussi les difficultés opératoires inhérentes à ce siège, et on comprendra encore, d'après leur composition histologique, que nous détaillerons, l'évolution même de ces tumeurs, composition différente des polypes muqueux qui sont placés en avant d'eux et des polypes fibreux naso-pharyngiens placés en arrière. Intermédiaires à ces deux variétés de tumeurs comme siège, ils le sont aussi par leur structure en ce sens qu'ils sont un mélange du tissu muqueux, qui participe à la formation des polypes des fosses nasales et du tissu fibreux qui constitue les polypes naso-pharyngiens. Ce sont des polypes fibro-muqueux. Mais chez les malades on les trouve assez souvent associés aux polypes muqueux. Ils sont plutôt une dépen-

dance de ceux-ci, quoiqu'ils en soient distincts histologiquement, comme nous le disions tout à l'heure.

Résumant leur caractère anatomo-pathologique et le signe particulier qui leur vient de leur siège nous les appellerons :

« Polypes fibro-muqueux des arrière-narines. »

HISTORIQUE

Les premiers cas vraiment authentiques et bien étudiés de polypes fibro-muqueux des arrière-narines sont dus au professeur Trélat qui, en 1873, dans la séance du 9 juillet de la Société de Chirurgie de Paris, publiait deux observations de ce genre. Non seulement il étudiait ces polypes au point de vue de leurs symptômes, mais aussi il indiquait leur structure, et lisait une note sur leur examen histologique fait par M. Cornil, alors agrégé à la Faculté de Médecine.

La discussion qui s'engagea dans la suite fut intéressante, et du premier coup il en sortit l'histoire à peu près complète des polypes fibro-muqueux des fosses nasales. Au cours de cette séance M. Panas faisait part de ses recherches anatomiques entreprises en 1858 sur la muqueuse des fosses nasales et qui concordaient avec leur constitution histologique.

En 1874, dans la séance du 28 octobre, à propos d'une nouvelle communication du professeur Trélat sur ce sujet, MM. Duplay, Desprès, Dubreuil, Demarquay, citèrent chacun un ou plusieurs cas de polypes fibro-muqueux des arrière-narines qu'ils avaient observés eux-

mêmes ou qu'ils avaient vus chez leurs maîtres : Velpeau, Jarjavay, Lisfranc, Blandin.

Si nous ne remontons pas plus haut que l'année 1873 c'est que, avant cette époque, l'histoire de ces polypes fibro-muqueux est à peine tracée ; mais il est de notre devoir de mentionner M. Legouest, qui déjà en 1869, dans le sein même de la Société de Chirurgie, avait attiré l'attention sur des polypes fibro-muqueux des fosses nasales confondus avec les polypes naso-pharyngiens et dont l'allure était entièrement différente. Houel un peu avant Legouest, au nom de Bonnet de Nîmes, avait aussi ébauché la question en publiant un fait mais peu évident. Duménil de Rouen est de tous les prédécesseurs de Trélat, celui qui avait le mieux fait comprendre l'importance de l'étude de ces tumeurs au point de vue thérapeutique. C'est aussi l'auteur dont les travaux sur cette matière se rapprochent le plus des publications de Trélat : ses communications datent de 1873.

Après les deux discussions importantes de 1873 et de 1874, parut une série de thèses : celles de Guichet en 1874, de Ed. Mathieu en 1875, celle de Nigot en 1883 à Paris, et celle de Géhin en 1882 à Nancy. Mais la plupart de ces mémoires reprenaient la question presque toujours avec les faits rapportés dans les deux séances de la Société de Chirurgie de Paris auxquelles nous avons fait allusion. L'histoire des polypes fibro-muqueux des arrière-narines ne s'enrichissait pas de publications nouvelles. L'anatomie pathologique n'y occupait pas une grande

place. Ces tumeurs spéciales des arrière-narines étaient tour à tour désignées sous les noms de polypes muqueux, fibro-muqueux, quelquefois fibreux. Dans la thèse de Ed. Mathieu entr'autres elles portent le nom de « polypes muqueux des arrière-narines ».

Et cependant les recueils précieux contenaient de temps à autre des faits nouveaux. Poyet, en 1875, publiait une observation de polypes muqueux des arrière-narines dans le *Bulletin de la Société Anatomique*. Dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx et du nez* de Kris-haber et de Gouguenheim, on trouve des faits précis sur lesquels l'étiquette de polypes fibro-muqueux n'est pas mise, mais où il est bien question de ces tumeurs. En 1886, M. le Dr Chatellier, dans une observation qui forme presque un mémoire, non seulement remet la question au point, mais aussi donne une note anatomo-pathologique complète. Aussi la publierons-nous dans tous ses détails. Sans doute ces productions morbides n'ont pas été négligées dans leur étude clinique dans les hôpitaux de Paris depuis 1874. M. le professeur Trélat, en 1877, revenait sur ce sujet dont il s'était déjà occupé; on en publiait des observations éparses, tant en France qu'en Angleterre et en Allemagne. Mais peut-être n'ont-elles pas toujours la place qu'elles méritent d'avoir, suivant les professeurs Trélat et Panas.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — LIMITES ET DESCRIPTION DES ARRIÈRE-NARINES.

A. — *Description des polypes au point de vue microscopique.*

Les tumeurs dont nous nous occupons siègent dans une zone très limitée des fosses nasales. Elles sont presque généralement implantées dans la partie postérieure de ces cavités, dans une région dite les « arrière-narines », à laquelle il est difficile d'assigner des bornes précises, mais que l'anatomie topographique a bien circonscrite. Elle comprend la face inférieure du corps du sphénoïde à la partie supérieure, l'extrémité postérieure du vomer, en dedans, la face interne de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde en dehors, et la partie postérieure des apophyses palatines du maxillaire supérieur et les os palatins inférieurement. Dans cette région osseuse, la paroi externe nous intéresse principalement avec ses deux cornets supérieurs et inférieurs et le cornet inférieur avec leurs méats ; et encore dans cette dernière, devons-nous fixer surtout notre attention sur la partie postérieure du cornet inférieur et des deux cornets, supérieur et moyen.

Agrandie par les muscles péristaphylins internes et les pharyngo-staphylins en dehors, par la partie la plus antérieure du plan musculéux du voile du palais en bas, cette région, réunie en une seule cavité en arrière des narines postérieures, a son plancher formé par la face supérieure de ce même voile du palais et sa voûte par la partie la plus postérieure de la face inférieure du corps sphénoïdal.

Dans le territoire des arrière-narines nous trouvons en dehors et en arrière, le pavillon de la trompe d'Eustache avec la fossette de Rosenmuller en arrière d'elle. Grandes à leur partie postérieure, les arrière-narines vont en diminuant de calibre à mesure que nous nous rapprochons des fosses nasales antérieures : elles représentent donc une pyramide quadrangulaire tronquée et dont la base est dirigée en arrière. Dans cet espace ainsi circonscrit la muqueuse olfactive qui la tapisse présente un état intermédiaire aux fosses nasales antérieures du pharynx nasal qui lui fait suite. Cette muqueuse a un épithélium strié et à cils vibratiles dans toute son étendue, et elle se prolonge sur la partie supérieure du voile du palais et jusque sur la portion nasale du pharynx, désignée sous le nom d'arrière cavité des fosses nasales, avec tous ses caractères.

Mais dès que l'on tombe dans la partie supérieure ou respiratoire du pharynx, la muqueuse, à part l'épithélium à cils vibratiles, sa couleur rouge, son épaisseur, sa richesse en glandes, et sa pauvreté en papilles, partage

la structure de la portion inférieure du pharynx. La texture est essentiellement composée de fibres élastiques. La membrane de Schneider, terme qui devrait désigner seulement toute la partie non olfactive laquelle est proprement limitée à la paroi supérieure des fosses nasales, possède en dessous de son épithélium un chorion complètement privé de fibres élastiques et composé principalement de tissu conjonctif ordinaire ; ces deux particularités nous expliquent déjà pourquoi le polype fibro-muqueux est pauvre en ces éléments et la richesse relative en tissu conjonctif. Dans la portion qui tapisse les fosses nasales cette muqueuse contient un grand nombre de glandes muqueuses en grappe, origine pour certains auteurs, des polypes muqueux ou fibro-muqueux lesquels seraient à leur naissance des adénomes ; ces glandes de diverses grosseurs dont les vésicules ont de 45 à 90 μ . de diamètre et dont l'épithélium est cylindrique, donne à la muqueuse, par leur abondance même, une certaine épaisseur, notamment au voisinage du cartilage de la cloison et au niveau des cornets inférieurs : 2, 4, 5 millimètres. Disposition qui peut plaider en faveur de l'origine glandulaire des polypes fibro-muqueux : mais nous verrons dans la suite que si le point d'implantation du polype peut se trouver au niveau du cornet inférieur, on le voit à peu près aussi souvent sur les cornets moyen et supérieur que dans leurs méats. Dans cette région, l'épaisseur de la muqueuse ne dépend pas d'ailleurs uniquement des glandes ; elle provient en partie des réseaux

veineux très riches et presque caverneux que Ko'liker y a signalés notamment sur le bord libre et sur l'extrémité postérieure du cornet inférieur et qui donnent naissance à une sorte de tissu érectile. Dans ce fait histologique il y a une contradiction formelle avec les produits morbides nés aux dépens de cette région ; car tous ou presque tous les polypes fibro-muqueux des arrière-narines sont très peu vasculaires et saignent peu pendant leur période active d'accroissement et pendant l'opération. L'union de cette muqueuse avec le périoste intime dans les cavités accessoires des fosses nasales, l'est très peu dans les fosses nasales antérieures et tendrait à le devenir de nouveau au niveau du cornet inférieur et dans toutes les arrière-narines, grâce à un épaississement du périoste bien étudié par M. Panas.

Ce périoste très épais forme une bordure ou un anneau de 1 centimètre de large. M. le professeur Panas expliquerait par cette disposition la transition de la muqueuse rouge et tomenteuse du nez et la fibro-muqueuse dense et très adhérente aux os qui tapisse les arrière-narines et l'os basilaire de l'occipital. Non seulement les parois externe, supérieure et inférieure de l'orifice, mais aussi la cloison et le vomer lui-même sont recouverts du stratum fibreux en question. On comprend dès lors combien doit saillir dans les fosses nasales postérieures la « queue du cornet inférieur » quand on pratique l'examen rhinoscopique en arrière. Périoste très épais et muqueuse très boursouflée : sont les deux causes

pour lesquelles le cornet inférieur offre une proéminence postérieure très considérable. Cette hypertrophie physiologique explique les erreurs des débutants qui buttent toujours contre cette saillie et la prennent facilement pour une tumeur. Ce revêtement fibreux très dense dans les arrière-narines se trouve, comme nous l'indiquerons tout à l'heure, dans la structure des polypes fibromuqueux. C'est peut être de cette disposition anatomique que leur vient leur élément caractéristique.

Les polypes fibromuqueux prennent le plus souvent leur point d'implantation sur le cornet inférieur, quelquefois dans le méat inférieur ; très fréquemment ils naissent aux dépens des cornets moyen et supérieur. On les a vus naître sur les narines postérieures intermédiaires, comme d'ailleurs la structure de la muqueuse pouvait le faire prévoir, aux fosses nasales et au pharynx respiratoire.

Mais c'est là leur dernière limite : au-delà on ne trouve plus les polypes de nature fibromyxomateuse ; une autre grande tumeur bien spéciale se rencontre, c'est le polype naso-pharyngien. Cependant nous devons citer Legouest qui a signalé une insertion dans le pharynx nasal (Société de chirurgie, 1869). Le pédicule est le plus souvent unique, pour ne pas dire toujours. Plus ou moins grêle, il ne ressemble nullement à ceux des polypes naso-pharyngiens. D'ailleurs nous n'avons jamais observé des productions fibromyxomateuses sessiles. Ce pédicule est plus ou moins allongé : dans l'exemple que nous avons fait

dessiner et qui appartient à M. Lejars, il mesurait deux centimètres, et la tumeur qu'il portait, assez allongée elle-même, rappelait assez exactement la forme d'une figue. Formée par une masse unique, la tumeur peut être composée aussi de plusieurs fragments.

Il y a deux lobes appendus sur le pédicule. Dans l'un des cas rapportés par M. Panas un de ceux-ci, volumineux, pendait dans le pharynx ; le second, plus petit, avait pu pénétrer dans l'une des fosses nasales dans laquelle il se déplaçait sans cesse sous l'influence de la colonne d'air, la fermant pendant l'inspiration, se renversant et partant, laissant libre passage à l'air pendant l'expiration. Les polypes fibro-muqueux peuvent être ramifiés en grappes à l'instar de quelques polypes muqueux, comme dans le fait que nous a communiqué M. Lubet Barbon. Mais c'est là une exception et encore nous ne sommes pas sûr d'avoir eu réellement affaire à une vraie tumeur fibro-myxomateuse.

Leur surface lisse, comme dans l'observation de M. Lejars, est aussi mamelonnée, composée de plusieurs grains saillants, comme MM. Cornil, Panas et Châtellier en ont rapporté chacun des exemples. Cet aspect boursoufflé est d'ailleurs bien mis en évidence dans un dessin reproduit dans le *Traité de pathologie externe* de Follin et Duplay et dû à Semeleder.

Leur couleur est différente de celle des polypes muqueux et des polypes naso-pharyngiens.

Les polypes fibro-muqueux des arrière-narines, quand

ils ont deux prolongements, nasal et pharyngien, sont plus ou moins foncés dans leur partie nasale, bruns dans la partie pharyngienne. Ils sont généralement grisâtres quand ils pendent dans le pharynx, coloration que M. Pozzi attribue à leur inflammation, opinion à laquelle, vu leur structure histologique, nous ne sommes pas tenté de souscrire.

Ils tiennent donc le milieu entre les polypes muqueux des fosses nasales antérieures et les naso-pharyngiens.

On les voit quelquefois, vu leur volume, faire fortement saillie en avant ou en arrière. Et suivant la direction qu'ils prennent, resserrés qu'ils sont dans une loge assez étroite, que nous avons décrite, ils deviennent nasaux par leur prolongement pharyngien. Aussi dans le premier cas les voit-on seulement par la narine antérieure, et là avec un aspect blanchâtre, mais ils n'ont pas la coloration blanche gélatineuse des polypes muqueux ordinaires. Dans le second cas ils perdent à la longue, par le frottement, leur coloration initiale et tirent plutôt sur le gris comme nous le disions tout à l'heure. Ils sont donc presque toujours distincts des polypes naso-pharyngiens, avec lesquels à première vue on serait tenté de les confondre. Ils ne prennent presque jamais la teinte rouge ou jaune.

Leur surface, leur coloration, sont donc assez spéciales. Leur volume ne l'est pas moins. Subordonné, comme nous le faisons pressentir il n'y a qu'un instant, à la loge assez étroite qui l'enserme, le polype fibro-muqueux

acquiert quelquefois des proportions considérables, subissant une forte compression, il arrive à des formes assez bizarres, mais il ne faudrait pas croire que celle-ci lui est toujours donnée par les parois avoisinantes.

Il en est, pour celle-ci, comme pour les caractères précédents. Elle tient à l'essence même de la tumeur. Donc, dans certains cas, ils sont assez grands pour envahir les narines antérieures, et y apparaître, dans d'autres, dans le pharynx ; c'est le fait le plus général. Quelquefois ils passent inaperçus et, cachés dans les régions que nous avons décrites, ils offrent le volume d'un œuf de moineau.

Ceci est rare, et dans la plupart des observations ils mesuraient 3 à 4 centimètres de haut sur 2 ou 3 de longueur. Aussi dans la plupart des observations que nous avons dépouillées nous trouvons les mentions suivantes : œuf de poule ou de pigeon (c'est la généralité, Panas, Desprès), figue (Lejars. *Voyez la figure page 22*), et quelquefois [nous citons les propres expressions de l'auteur] on dirait d'un testicule appendu à son cordon (cas de Trélat, cité par Poulet et Bousquet dans leur *Traité de pathologie externe*), ou d'une verge avec ses testicules (cas de Lubet-Barbon, communication verbale). Dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie* il est dessiné une figure qui représente assez exactement cette dernière forme.

Le plus souvent la tumeur est unique. Jamais ou presque jamais elle ne s'est trouvée associée aux polypes nasopharyngiens. Cependant Gosselin rapporte une observa-

tion (Société de Chirurgie, 1865, 1866), dans laquelle coexistaient un polype fibro-muqueux des fosses nasales et un vrai polype naso-pharyngien bien décrit et bien étudié par ce chirurgien. Mais par contre le polype fibro-muqueux se développe souvent simultanément avec les polypes muqueux des fosses nasales. Ce qui nous entraîne à considérer les productions polypeuses des arrière-narines comme une variété de ceux-ci dans la plupart des



1. — Pédicule

2. — Masse de la tumeur présentant l'aspect d'une figue,

cas, variété modifiée par la structure spéciale des arrière-narines. Mais elles participent le plus souvent à leur processus et à leur évolution. Ce fait ressort de considérations nombreuses qui sont développées au chapitre « symptômes ». Nous ne rappellerons ici que leur association fréquente aux polypes muqueux, l'âge auquel elles

surviennent, leur terminaison et leur mode d'évolution sont identiques dans les deux cas. Mais répétons-le, ce polype fibro-muqueux est très souvent unique et n'a aucun rapport avec le polype muqueux et les naso-pharyngiens.

Quand on a enlevé un polype fibro-muqueux on a une sensation spéciale. La tumeur a une consistance particulière. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point : Trélat, Panas, Polaillon, Labbé, Chatellier, Mackensie, et Størck de Vienne. Les doigts qui pressent cette tumeur renseignent bien sur le degré de mollesse spéciale que l'on sent profondément au centre, alors qu'à la périphérie il y a une certaine dureté et résistance, dureté et résistance particulières dues à l'élasticité, due elle-même au tissu sous-jacent. Cette tumeur est difficile à écraser et jamais on ne fait sourdre de liquide de son intérieur. Quand on la coupe, aucun suintement ou un très léger se montre dans quelques cas ; point capital, on n'observe aucun écoulement sanguin, voire même sanguinolent, sauf au niveau du pédicule, où quelques artérioles laissent échapper du sang. On voit, la section une fois faite, le centre qui est bien réellement muqueux et la bordure fibreuse périphérique qui se condense à la partie terminale. Jamais on n'aperçoit de kyste, de caverne, d'épanchement sanguin collecté ni aucune tâche de dégénérescence ou de calcification, sans sérosité aucune. Seul Michaël de Hambourg a lu, au congrès de Berlin en 1890, une observation de polypes contenant de l'air.

Mais était-il en présence d'un vrai polype fibro-muqueux des arrière-narines ?

En résumé, sa coupe n'est pas sèche, mais elle n'est pas très suintante. Ce sont là des signes assez spéciaux et qui nous font déjà entrevoir la structure histologique que nous allons étudier à présent.

B. — *Etude microscopique. Pathogénie.*

Les polypes fibro-muqueux libres dans les arrière-narines, auxquelles ils ne sont rattachés que par un pédicule unique, sont généralement, nous pourrions dire toujours, sans adhérence aucune avec les parois voisines, quelque étendus qu'ils puissent être. Le seul cas dans lequel nous ayons vu signaler pareil fait est celui de Boval (*Comptes-rendus de la société belge d'otologie et de laryngologie*, 1892) ; et encore pouvons-nous émettre des doutes sur la nature de la tumeur enlevée par ce médecin puisqu'il n'a pas fait d'examen histologique. Il est donc bien établi que les polypes fibro-muqueux, tels que nous les avons décrits jusqu'ici, ne sont pas des productions des fosses nasales enflammées, soit primitivement, soit consécutivement, une fois leur développement entier atteint. Ceci est encore mis en évidence par leur structure histologique.

Pour examiner ces tumeurs nous avons suivi la technique ordinaire avec les réactifs spéciaux destinés à colorer le tissu muqueux.

Sur l'examen que nous devons à M. Caussade, et qui concorde de tous points avec celui de M. le Dr Chatellier, un fait nous a frappé, c'est qu'après avoir fait agir les colorants (picro-carmin, éosine, safranine) on découvre, sans avoir recours au microscope, deux zones : l'une rouge assez foncée et périphérique, située dans la partie saillante terminale, l'autre rosée, centrale. Il y a donc bien deux modes de condensation ou de formation de tissu que nous avons constatés déjà à la palpation seule.

La périphérie de la tumeur, c'est là un fait précis qui est indiqué dans l'examen pratique par M. Cornil, M. Chatellier et M. Caussade, a un revêtement épithélial complet à cils vibratiles que l'on aperçoit, bien entendu, à l'état frais et quand on prend les précautions nécessaires. Il n'est donc pas question jusqu'ici de processus inflammatoire. Quand la tumeur est parsemée de saillies, l'épithélium les recouvre entièrement et s'enfonce dans les anfractuosités s'accolant au repli voisin, perdant quelques uns de ses caractères dans les couches superficielles seulement. La partie centrale est formée de tissu muqueux pur.

On y trouve cependant des corpuscules étoilés peu nombreux et séparés les uns des autres par de larges espaces remplis de mucine coagulée et se présentant sous l'aspect d'un réseau de fibrilles sinueuses qui au premier abord ressemblent à des fibres de tissu élastique. Dans les préparations faites par M. Caussade cet aspect était saisissant au premier abord, mais il s'agissait de fixer un in-

tant la préparation pour se convaincre qu'il n'en était rien. Entre ces parties centrales et périphériques il n'y a pas de limite très nette à l'œil nu. Mais au microscope on voit que le tissu est entouré d'un faisceau de fibres onduleuses du même tissu ; puis quand on se rapproche de la partie centrale, on trouve un réseau de filaments irréguliers qui se distinguent des fibres conjonctives onduleuses par les caractères suivants : ils ne sont point groupés en faisceaux, ils ne présentent pas d'ondulations régulières, ils ne fixent point la matière colorante, ils ne sont point formés de granulations réunies en série linéaire, traités par l'eau ces fibrilles disparaissent et se transforment en une couche hyaline uniforme. A mesure qu'on examine au contraire le tissu muqueux près de la périphérie les caractères fibrillaires s'accroissent davantage par la multiplicité des trousseaux de fibres conjonctives et par la diminution parallèle de la substance fondamentale muqueuse (Chatellier). Tous ces caractères disparaissent vers le centre de la tumeur où les cellules étoilées elles-mêmes sont infiltrées de mucine. Dans la zone intermédiaire (on verra tout à l'heure pourquoi nous l'appelons ainsi), ces cellules existent encore mais en moins grand nombre avec cette altération. Cette zone intermédiaire répond exactement à ces parties situées encore dans le tissu muqueux devenu légèrement fibrillaire et à la couche épaisse dense, vraiment fibreuse, sous-jacente à l'épithélium.

Là les cellules étoilées, fusiformes, à branches multiples

du tissu muqueux central, sont modifiées; les corpuscules sont atrophiés et leur protoplasma peu abondant entoure un noyau de volume variable mais généralement petit; les éléments cellulaires sont devenus très grêles comme dans le tissu conjonctif adulte. Au-dessus de cette couche vraiment conjonctive repose la membrane épithéliale sans interposition aucune de chorion. Ainsi donc en allant du centre à la périphérie se succèdent, avec des transitions insensibles : 1° du tissu muqueux avec ses corpuscules, quelques-uns très caractéristiques, d'autres étoilés peu nombreux séparés les uns des autres par des espaces remplis de mucine coagulée et se présentant avec l'aspect d'un réseau de fibrilles sinueuses; 2° du tissu plus élevé en organisation conjonctive (cellules étoilées plus nombreuses, offrant tous les caractères des fibres conjonctives (apparition plus nette de ces dernières par l'acide acétique, l'alcool et les matières colorantes); 3° enfin du tissu fibreux; 4° puis l'épithélium. C'est ce tissu fibreux qui sur nos coupes, à l'œil nu, formait avec le picro-carmin des bandes rouges qui tranchaient sur le fond rosé de la préparation. Il se retrouve encore sur la partie renflée et saillante de la pointe de la tumeur. Les éléments embryonnaires sont peu nombreux; c'est à peine si nous en avons vu quelques-uns sur la tumeur enlevée par M. Lejars. Quelques globules sanguins infiltraient les mailles fibreuses de la couche périphérique. Dans les parties saillantes, mamelonnées qui sont semées quelquefois à la surface de ces tumeurs, on retrouve les parties

constituantes du tissu myxomateux avec l'épithélium périphérique reposant directement sur le tissu muqueux sous-jacent légèrement fibreux. Seul l'examen fait par M. Cornil constate une description différente.

Les éléments embryonnaires étaient très abondants : cellules sphériques, nombreuses dans la partie superficielle de la tumeur. De plus M. Cornil signale des fibres élastiques. Quant à sa description elle se rapproche sensiblement de celle de M. Chatellier et de M. Caussade. Quant au pédicule il est constitué de la même manière que la masse principale du polype avec cette différence que les trois couches sont plus resserrées et que la transition s'opère plus rapidement de sa partie centrale à la périphérie. Mais dans le pédicule et, à mesure qu'on examine son expansion dans le centre de la tumeur, on voit des éléments non encore signalés dans notre description, on voit aussi des orifices de quelques canaux, assez nombreux dans le pédicule lui-même, se raréfier de plus en plus pour devenir rares et nuls dans la masse et en son milieu.

Certains d'entre eux sont facilement reconnaissables ; ce sont des artérioles, la plupart à parois embryonnaires, plus ou moins larges, et dont les dernières, très tenues, n'ont plus de paroi propre, dans la zone centrale néoplasique. Certains d'entre eux sont difficiles à reconnaître dans leur nature. Est-ce que ce sont des orifices de glandes ou d'artérioles ? Nous croyons plutôt à la présence de vaisseaux artériels ou veineux ; les éléments embryon-

nares qui en constituent la paroi, sont plutôt conjonctifs et ne rappellent en rien un épithélium. Du reste, les quelques amas de globules rouges, situés dans le pédicule et voisins de ces vaisseaux, plaident plutôt en faveur de leur nature vasculaire, prouvée encore par quelques globules blancs extravasés à côté d'eux. De plus, il a été impossible, dans les examens microscopiques de M. Caussade faits sur la tumeur de M. Lejars, de trouver la structure d'une glande et cela sur des coupes multipliées. Rien dans les notes histologiques de M. Chatellier et de M. le professeur Cornil ne rappelle la structure d'un organe glandulaire. Cette absence de glandes ne nous autorise donc pas à croire à un adénome. La rareté des vaisseaux, par contre, nous permet d'expliquer les hémorrhagies si rares au cours de l'évolution des polypes fibro-muqueux et pendant leur extraction. Fait important qui donne un caractère, tout négatif qu'il est, significatif à ces tumeurs et permet non seulement de les distinguer des polypes muqueux des fosses nasales, des polypes naso-pharyngiens, mais aussi des polypes sarcomateux de l'arrière cavité des fosses nasales. Les nerfs sont complètement défaut.

PATHOGÉNIE.

M. Chatellier, dans son mémoire inséré dans la *Revue des maladies de l'oreille et du nez* (année 1886, page 473), a discuté l'origine des polypes fibro-muqueux des

arrière-narines. Il a émis quatre hypothèses. La première consiste à regarder les tissus muqueux et fibreux comme se développant en même temps et d'emblée, sans tendance à se modifier pour amener la prédominance de l'un des tissus sur l'autre. Cette hypothèse a été rejetée, par lui, comme improbable ; car le tissu fibreux adulte n'est jamais réuni au tissu muqueux si ce n'est dans la couche cellulaire sous-cutanée de l'embryon où il est en voie d'évolution. La seconde, rejetée aussi par le même auteur, regarde le fibro-myxome, comme un myxome enflammé. Seul le cas de M. Cornil est favorable à cette manière de voir. Mais dans la série des cas examinés par nous, nous n'avons jamais rien vu de semblable. D'ailleurs pourquoi les polypes hyalins antérieurs ne présenteraient pas cette lésion et pourquoi se trouverait-elle seulement dans les arrière-narines. La troisième voit dans le fibro-myxome, un myxome en voie d'évolution. Cette conception, très séduisante, consiste à voir dans le fibro-myxome un tissu muqueux, analogue à celui de l'embryon, en voie d'évolution dont la transformation ou plutôt l'évolution ultime est le tissu conjonctif adulte. Mais pourquoi cette transformation dans les narines antérieures, pourquoi ne se fait-elle pas plutôt au niveau du cornet inférieur, siège fréquent des polypes fibro-muqueux, et si riche en vaisseaux, comme nous l'avons vu ? Autre argument : les polypes muqueux, à l'encontre des fibro-muqueux, n'ont aucune tendance vers une organisation supérieure ; ils tombent en déchéance, renferment des foyers de ramol-

lisement et de liquéfaction aboutissant à la formation de cavités kystiques et à la dégénérescence graisseuse. Rien de pareil ne se voit dans les polypes fibro-muqueux. Il y a donc une différence nette et bien tranchée, à ce point de vue, entre les deux variétés de tumeur. M. le Dr Chatellier accorde toute créance à l'idée suivante : développement d'un myxome dans l'épaisseur d'un tissu fibreux préexistant dans cette couche épaisse de tissu fibreux que M. Panas a décrit dans les arrière-narines et sur la description de laquelle nous avons insisté plus haut. Il faut faire intervenir, à coup sûr, une texture différente dans la structure de la muqueuse des fosses nasales pour expliquer des distinctions si tranchées entre les polypes antérieurs et postérieurs. Les conditions de vascularité différente donnent aussi la raison de ces distinctions. A mesure que l'épithélium se transforme, depuis les narines antérieures jusque et y compris le pharynx, les tumeurs polypeuses changent de nature : muqueuses dans les fosses nasales antérieures, fibro-muqueuses dans les arrière-narines, fibro-sarcomateuses dans le pharynx.

Quant à discuter l'essence même du processus pathologique de ces tumeurs, la chose est plus difficile. Tout ce que nous pouvons dire c'est qu'elle est, à coup sûr, différente de celle qui donne naissance aux polypes nasopharyngiens, puisque, comme nous le verrons plus tard, les polypes fibro-muqueux des arrière-narines ne sont pas l'apanage de l'adolescence. Ils surviennent plutôt dans l'enfance et fréquemment dans la vieillesse. Y a-t-il, au

début, formation d'un adénome? C'est possible, mais rien ne nous autorise jusqu'ici à accepter une prolifération glandulaire, étouffée dans la suite. Berton, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1886) a étudié spécialement l'histologie des polypes des fosses nasales. Ses conclusions tendent à considérer les polypes fibro-muqueux comme étant de même structure que les polypes muqueux et dont la nature tient du lieu même où ils se sont développés. Mais de son travail il ressort que les glandes muqueuses seraient plus souvent hypertrophiées qu'on ne le suppose; ce fait est corroboré par Johnston Wyatt de Montréal (*Proceed Montréal Medico*, chirurg., 1 mars 1888) qui a vu, dans 8 ou 9 cas, les conditions d'un début très peu avancé et a trouvé un adénome, plus tard disparaissent plus ou moins complètement les contours des cellules épithéliales et il ne reste qu'un tissu aréolaire infiltré de mucus. Leur transformation ultérieure explique la raison pour laquelle ces tumeurs sont ordinairement mises à tort sous le nom de myxomes.

Quant à admettre des transformations de ces tumeurs en sarcome la chose n'est guère facile, attendu que les polypes fibro-muqueux ont leur identité, que leur structure est spéciale, et que peut-être on ne peut admettre cette prétendue transformation dans des néoplasmes dont on ne s'était pas bien rendu compte de la nature, que si l'on répond que cliniquement on peut voir pareil fait dans les polypes pharyngiens, nous dirons que ces derniers sont sarcomateux souvent, surtout dans ce dernier cas. Rep-

pelons toutefois que Bayer, dans la cinquante-neuvième réunion des naturalistes et des médecins allemands, (*Section de Laryngologie et de Rhinologie*), tenue à Berlin en 1886, prétend avoir observé deux cas de transformation d'un polype muqueux en tumeur maligne; constatation en rapport avec celles d'Hofmann, Schmiegelow, Schiffer, et contraire à l'avis de Billroth.

SYMPTOMES DES POLYPES FIBRO-MUQUEUX DES ARRIÈRE-NARINES

Comme nous l'avons vu en étudiant l'histologie pathologique de ces tumeurs leur point d'implantation se fait en des régions toujours les mêmes et parfaitement localisées. Mais les prolongements que ces polypes émettent peuvent prendre des directions différentes. Ces divisions polypeuses, véritables tentacules émergeant d'une masse centrale, sont souvent très nombreuses, parfois très volumineuses et étendus, elles suivent les anfractuosités du pharynx et des fosses nasales, s'appliquent exactement sur elles, entourent le relief de la région et peuvent, outre les symptômes particuliers à la lésion elle-même, donner naissance à d'autres manifestations en rapport avec le nombre de ces prolongements, leur volume et leur direction.

Or, deux cas importants surtout peuvent se présenter. Ou bien, les ramifications polypeuses sont antérieures, et pénètrent dans les fosses nasales suivant les méats, surtout le méat moyen et l'intérieur doublant les cornets atteignant un niveau variable dans l'intérieur des fosses nasales ; ou bien, elles sont postérieures, obturent un des orifices postérieurs des fosses, quelquefois les deux sui-

vent le bord saillant de la partie externe de cet orifice descendent sur les parties latérales ou remontent vers l'apophyse basilaire, se moulant ainsi sur la voûte ou les parois du pharynx. Nous répétons à dessein cette marche des prolongements et nous insistons sur la direction que ceux-ci peuvent prendre, pour deux motifs importants ; le premier est que cette disposition sanieuse de la tumeur est très connue des spécialistes, le second parce que c'est là un type spécial de la maladie que nous étudions. Type qui lui est particulier et sur lequel nous avons cru devoir insister.

Donc nous devons en passant en revue les symptômes examiner ceux de ce premier groupe : polype fibro-muqueux, et ceux particuliers aux deux subdivisions de ce premier type : prolongements antérieurs, prolongements postérieurs.

Mais là ne se borne pas la forme que peut prendre la lésion. Nous n'avons eu en vue que le polype unique. Nous signalerons aussi les cas, rares il est vrai, mais pourtant mentionnés, où, les deux orifices postérieurs des fosses nasales étaient oblitérés par deux tumeurs différentes.

Après ces trois subdivisions de ce premier type, il nous restera à décrire une seconde classe, celle, où le polype fibro-muqueux s'accompagne de polypes muqueux des fosses nasales.

Ce sont les symptômes fonctionnels qui ouvrent la scène ; sans prédominance marquée pour un sexe ou pour l'autre,

sans particularité d'âge bien marquée, mais pourtant plutôt chez l'adulte ou le vieillard, on voit survenir tout d'abord de légers troubles de la respiration nasale. Le malade sent une certaine gêne pour souffler par les narines, il respire la bouche ouverte, et éprouve une sensation de corps étranger dans le pharynx.

Cet état dure un temps variable. Variable selon la marche de la tumeur, variable aussi suivant la tolérance du malade. Celui-ci souvent met les symptômes qu'il éprouve sur le compte d'un coryza ancien mal guéri, et ce sera là, comme nous le verrons, un point intéressant du diagnostic différentiel.

Bientôt les symptômes se complètent, et comme l'enseignait le professeur Trélat dans une de ses cliniques, on voit apparaître certains signes rappelant la paralysie du voile du palais, la voix en effet devient nasonnée, son timbre change, les mots sont mal prononcés, en même temps que le malade, suivant son expression si fréquente, « sent son nez se boucher ». Expression qui en l'espèce n'a rien d'imagé. La nuit, pendant le sommeil, un ronflement bruyant se produit, qui n'existait pas semblable, dans l'état de santé, et les accidents persistant commencent à inquiéter le patient.

En résumé, ces symptômes fonctionnels du début ne sont que des symptômes d'oblitération des narines. Nous n'y rencontrons pas de fait saillant, rien qui domine la scène clinique. Or, cette uniformité même est très importante à constater, parce qu'elle prouve bien que nous ne

sommes pas ici en présence d'une de ces deux grandes lésions partout décrites du pharynx supérieur et du nez, nous voulons parler, d'une part des polypes muqueux des fosses nasales, d'autre part des polypes naso-pharyngiens.

Dans les observations complètes que nous avons pu recueillir ayant trait à cette question, dans les notes que nous avons rencontrées, souvent et malheureusement incomplètes, dans les revues spéciales, dans les compte-rendus des congrès de Rhinologie, enfin dans la presse spéciale étrangère, nous avons toujours vu signaler ce fait, que ces tumeurs ne déterminent pas d'épistaxis. Nous pouvons même dire, et c'est un point sur lequel nous reviendrons, qu'elles ne saignent pas elles-mêmes et que leur ablation s'accompagne d'un épanchement de sang insignifiant. Donc; de par l'anatomie pathologique, de par les symptômes, celui-ci en particulier, nous sommes bien là en présence d'une lésion spéciale, nette, caractérisée, intéressante à plus d'un titre, et vraiment assez peu connue. Nous sommes bien loin des polypes muqueux des fosses nasales et des polypes naso-pharyngiens, et non pas seulement à cause de ce symptôme qui ayant déjà une grande valeur par lui-même en prend une bien plus grande encore quand on examine ceux qui viennent se joindre à lui : l'âge, puisque nous avons vu dans les observations consultées que cette lésion se rencontre même chez le vieillard, le sexe, puisque l'observation que M. le Dr Lejars a bien voulu nous communiquer est celle d'une femme, d'abord, âgée de 40 ans, ensuite. Cette

digression, volontairement, nous l'avons faite longue, pénétrés que nous sommes de la particularité, de l'entité de la lésion que nous tentons de décrire, et désireux que nous sommes d'exprimer manifestement notre avis, nous la terminons cependant pour reprendre l'étude de nos symptômes.

Ceux-ci, en effet ne sont pas seulement négatifs, si on peut s'exprimer ainsi, ils sont aussi objectifs. Quand la tumeur a pris un développement plus considérable le malade non seulement a le « nez bouché » suivant l'expression qu'il emploie quand il vous renseigne sur ce qu'il éprouve, mais encore il en est un certain nombre qui accusent une sensation de ballottement en arrière des fosses nasales ; quand ils courent, quand ils se « couchent » sur le dos ou sur le côté, si ces mouvements sont un peu brusques les malades sentent la tumeur se déplacer vivement. Si celle-ci est assez développée pour frapper le voile du palais ou frotter sur sa face convexe et supérieure, sur sa partie nasale en un mot, elle provoque des reflexes et une irritation à ce niveau, qui déterminent des accès de toux, des quintes fréquentes et souvent pénibles.

La déglutition est parfois troublée par l'obstacle qu'apporte la tumeur au fonctionnement normal du voile du palais et médiatement de ses piliers, le malade « avale de travers » nous ne décrivons pas cet accident banal. Les choses restent, en cet état, pendant deux ans environ. Ce laps de temps nous a frappé dans les observations consultées.

Lorsqu'on interroge les malades porteurs de polypes fibro-muqueux des arrière-narines on apprend que souvent ils éprouvent des bourdonnement d'oreilles, ce symptôme est relaté dans l'observation exposée par le professeur Trélat dans une de ses cliniques, nous trouvons aussi ce fait mentionné dans une observation de M. Châtelier, publiée en 1886 dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, et en 1887 dans la thèse du Dr Berton.

M. Trélat enseignait même (*loc. cit.*) que les bourdonnements d'oreilles sont plus fréquents et plus tenaces pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent l'examen local. Ces bourdonnements sont du reste les seuls signes que nous ayons vu signalés du côté de l'oreille. Nulle part nous n'avons vu mentionner la surdité, ni même sans arriver jusqu'à la surdité complète, la diminution dans l'intensité de l'ouïe.

Il n'en est pas de même de l'odorat, ce sens est considérablement affaibli, et dans les deux cas de M. le professeur Trélat et de M. Chatellier, il est clairement énoncé que l'odorat est supprimé.

Par les narines antérieures, un fait, bien qu'il soit inconstant, est à signaler, c'est l'écoulement d'un liquide clair, légèrement visqueux. Cet écoulement est abondant et gêne considérablement les malades.

Le liquide est clair, il importe de souligner cet aspect. Il est très différent, en effet, de celui que prend la sécrétion dans les cas de polypes du nez vrais. On sait, en effet,

que dans la classe de polypes à adhérences osseuses, l'écoulement qui se produit par les narines antérieures, est purulent et d'odeur désagréable. Ce symptôme pourra donc, ainsi que nous le reverrons plus tard au diagnostic, aider beaucoup à la différenciation des deux lésions, et de prime abord, guider le médecin dans la direction à donner à ses investigations.

Tels sont d'après les observations que nous avons pu recueillir, d'après celle que nous devons à l'extrême obligeance de notre maître, M. le D^r Lejars, et enfin d'après nos modestes constatations personnelles, les symptômes fonctionnels que présentent les malades atteints de polypes fibro-muqueux des arrière-narines, et ceux pour lesquels ils se présentent à l'examen du chirurgien.

A première vue rien ne peut faire supposer le genre et le siège de la lésion dont les malades sont porteurs. On n'observe pas chez eux de déformation de la face, le nez n'est pas élargi, comme il l'est si souvent dans les cas de polypes muqueux. Pas de déformations non plus du côté de la joue, la tumeur n'envahit pas le sinus maxillaire, comme le font fréquemment les polypes naso-pharyngiens.

On n'observe pas ici non plus de déjettement du globe de l'œil.

Pourtant à l'interrogatoire, le malade exposant les symptômes que nous avons décrits, on est nécessairement amené à faire le diagnostic de tumeurs, par exclusion d'abord, ensuite, parce que, par la vue, ou par le toucher, le

plus souvent, par les deux modes d'investigation réunis, on verra et on sentira les lésions. Or, c'est ici que nous allons avoir à passer en revue les différents cas qui nous avaient servi au début de cette étude à diviser et subdiviser la question en classes et sous-classes.

Examen nasal antérieur. — Le malade est assis, face au jour, si on est dans une pièce disposant d'un éclairage suffisant. Un fauteuil analogue à celui dont se servent les dentistes est excellent dans ce cas, la tête est légèrement renversée en arrière et appuie sur un support. Ce dernier est fixé à l'extrémité d'une tige munie d'une crémaillère permettant d'élever ou d'abaisser le point d'appui. Ce dispositif commode parce qu'il évite l'emploi d'un aide, n'est pourtant pas indispensable. Une chaise ou un fauteuil ordinaire suffit, à la rigueur, si le médecin a à sa disposition un aide pour tenir la tête dans la position que nous indiquons et lui faire conserver l'immobilité nécessaire.

Si l'éclairage de la pièce est insuffisant, deux procédés peuvent être employés.

Ou bien une lampe à huile du modèle de Carcel sur laquelle on dispose un réflecteur pour diriger les rayons lumineux vers la face : le réflecteur peut aussi s'adapter au front de l'opérateur. Il est mobile sur son axe pour que les rayons puissent être dirigés dans le sens voulu.

Un autre procédé peut être employé.

Il consiste en une lampe électrique que l'opérateur se fixe sur le front, comme nous avons dit ci-dessus qu'était

fixé le réflecteur, le malade étant ainsi placé et l'éclairage disposé, on peut facilement procéder à l'examen ; le chirurgien assis devant l'individu à examiner, fixe le nez de la main gauche, de la droite il introduit dans la narine à examiner le spéculum nasal. Cet instrument est connu, nous n'entreprendrons pas de le décrire. Celui-ci introduit est ouvert et maintenu ainsi par une vis de pression fixée sur le bord évasé de l'appareil. En examinant alors la narine on peut voir dans certains cas que celle-ci est obstruée par une production polypeuse. Cette masse de volume variable, augmentant, disent les malades, par les temps humides, est dans le cas qui nous occupe d'aspect lisse et rosé. La tumeur rappelle par ce prolongement nasal l'aspect des polypes muqueux vrais, dont elle rappelle ainsi, mais par ce point antérieur seulement, la structure histologique. Elle est plus rosée qu'eux cependant, moins nettement lobulée, sa consistance est à peu près la même. Elle ne baigne pas dans le pus comme les polypes à implantation osseuse, et on ne voit pas, comme du reste l'examen de la face le faisait prévoir, de déviation ni de luxation de la cloison. Du moins nous n'avons rencontré ce fait signalé nulle part.

Si on passe ensuite à l'examen de l'autre narine, on peut dans certains cas rencontrer la même lésion ; soit que la tumeur unique ait poussé des prolongements des deux côtés, soit que, comme dans le cas signalé par M. Gosselin et cité par M. Trélat, on se trouve en présence d'une double lésion.

Mais ce cas peut aussi se produire, c'est que le malade se présente avec des symptômes fonctionnels rappelant ceux des polypes muqueux vrais, à insertions muqueuses ou à insertions osseuses ; on pratique l'examen des fosses nasales, et on voit nettement dans l'une de celles-ci ou dans les deux réunies des polypes franchement muqueux.

Or, c'est ici qu'il faut être prévenu si l'on veut éviter une erreur d'interprétation.

On observe souvent dans ce cas de déformation du nez des déviations de la cloison, soit déviation simple, soit luxation de l'extrémité antérieure par rapport à l'épine nasale antérieure et aux portions réfléchies des cartilages latéraux, soit déviation complète des productions cartilagineuses et osseuses, trois cas étudiés et décrits par M. Walsham de Londres. Dans ce cas, si la lésion est ancienne on peut se trouver en présence d'un contrefort osseux, et cartilagineux hypertrophié produit, dit le Dr Woakes de Londres, par un travail inflammatoire et siégeant sur le cartilage de la cloison par rapport à son point de jonction avec le maxillaire supérieur.

On est en présence de polypes muqueux vrais des narines. On opère ceux-ci et le malade pourtant ne sent pas d'amélioration ; si on pratique, comme dans le cas du Dr Bonval, l'examen des narines on ne trouve rien, et c'est seulement par l'examen des arrière-narines, examen par la voie buccale, qu'on finit par arriver à un résultat.

Nous voyons donc que tous ces cas, que nous signalons au début de cette étude, peuvent se produire.

Tumeurs avec prolongements nasaux à extrémité rappelant les polypes muqueux et descendant d'un seul côté, ou des deux côtés à la fois.

Tumeur fibro-muqueuse coexistant avec des polypes muqueux vrais des fosses nasales. Enfin tumeurs fibro-muqueuses sans prolongements nasaux.

Deux examens sont encore à pratiquer pour en avoir fini avec les symptômes physiques de la lésion qui nous occupe.

L'examen de la cavité buccale, celui du voile du palais et celui du pharynx par la vue, enfin l'examen du pharynx par le toucher.

Nous allons les passer en revue ; après avoir examiné les cavités nasales en suivant les procédés ci-dessus indiqués, on fait redresser légèrement la tête du malade et on procède à l'examen de la cavité buccale.

Avec le même éclairage que celui ayant servi à l'étude des cavités supérieures on voit très suffisamment la bouche et le pharynx. Plusieurs états alors peuvent être constatés.

Le voile du palais, quand la tumeur est suffisamment développée, est abaissé et de nouveau nous emploierons la comparaison déjà faite avec la paralysie du voile du palais, la voussure de l'organe est diminuée mais sa couleur est demeurée normale et la sensibilité en est con-

servée. De plus, au lieu de demeurer flasque et immobile il réagit encore.

Souvent l'abaissement est remplacé par une voussure très nette, le plus souvent latérale. Cette déformation est due au relief que fait la tumeur à la face supérieure. Celle-ci, dans certains cas relatés aux observations jointes à ce travail, dépasse quelquefois le bord libre, mais souvent aussi elle n'est pas visible lorsqu'on laisse les organes dans la position qu'ils occupent normalement, pour apercevoir la lésion, force est alors de relever le voile.

Ce procédé, excellent pour se rendre compte de la distention de la tumeur, nécessite quelques précautions préliminaires, d'éclairage et d'insensibilisation. Une lampe électrique de petit calibre donne une clarté relativement intense sans dégager de chaleur appréciable, d'autre part il est bon de badigeonner la muqueuse pharyngienne avec une solution de cocaïne au centième, ou même d'insuffler, comme le faisait le Dr Calmette, et comme le font encore beaucoup de praticiens, la cocaïne pure sur la muqueuse à insensibiliser.

Après quelques minutes, lorsque l'application de cocaïne commence à faire son effet, le malade accuse une sensation bizarre au niveau où a porté la substance anesthésiante. C'est un sentiment d'induration, de raideur, d'impotence fonctionnelle et de paralysie absolument caractéristique, qui lorsqu'il est obtenu permet l'intervention.

A ce moment on peut relever le voile du palais. Ce résultat peut être obtenu avec n'importe quel instrument rigide.

Pourtant le Dr Wagnier de Lille préconise l'emploi d'un cathéter à trompe d'Eustache qui remplit très convenablement cet office. Lang se sert d'un crochet qu'il emploie du reste aussi pour accrocher et arracher la tumeur. Il est un moyen pratique de faciliter le relèvement ou plutôt l'accrochement du voile, c'est de faire prononcer au malade la lettre I, le simple mouvement d'élévation du voile suffit quelquefois, au moment où il se produit, à laisser apercevoir la tumeur dans sa partie inférieure.

Quand celle-ci est à découvert elle apparaît alors, comme le décrit M. Durham, d'un volume variable et de forme quelconque, ainsi que nous l'avons montré à l'anatomie pathologique. On voit nettement son extrémité inférieure, convexe le plus souvent, opaque, et d'une couleur rouge vif.

Si la tumeur n'est pas volumineuse, ou si elle ne suit pas une marche descendante, cet examen par la voie buccale restera sans résultat, et il faudra avoir recours au dernier mode d'exploration qui nous reste à examiner, le toucher.

La bouche du malade est maintenue ouverte, soit par un coin de bois, soit par un cône muni d'un pas de vis, soit enfin avec le baillon ou l'ouvre-bouche Collin; le chirurgien se place sur le côté du malade. Celui-ci a subi, comme nous l'avons indiqué plus haut, une application de cocaïne, suffisante. Avec l'index recourbé en crochet on passe en arrière du voile du palais et on peut sentir la tumeur, ses prolongements et son point d'implantation, la tumeur présente les caractères que nous avons signa-

lés comme forme, volume et situation, nous n'y reviendrons pas.

Quant à sa consistance, elle est dure et comme élastique.

Ce procédé d'investigation est des plus importants parce qu'il permet de voir où se fait l'implantation de cette tumeur, et de déterminer si oui ou non elle adhère par sa masse principale ou par ses prolongements aux organes environnants.

Or, voici ce qu'on découvre, ainsi qu'il résulte de nos recherches et des observations que nous avons pu nous procurer.

Le polype fibro-muqueux est le plus souvent pédiculisé comme dans les cas du professeur Trélat et de M. le Dr Lejars, quelquefois il est sessile, ainsi que nous l'ont déclaré MM. Lubet-Barbon et Martin dans une communication orale: en suivant avec le doigt les parties latérales de la tumeur, si on essaye de lui imprimer des mouvements, on voit que dans les cas où la masse est pédiculée, les déplacements peuvent être obtenus facilement. Il n'y a donc pas d'adhérence en dehors du point limité d'implantation. Celui-ci étant recherché toujours par tâtonnement, on voit qu'il se fait, au pourtour de l'orifice postérieur des fosses nasales, quelquefois dans la partie postérieure du méat supérieur, quelquefois à l'extrémité postérieure, du cornet supérieur, très rarement dans le méat moyen, bien que cette implantation ait été signalée.

Ainsi limité l'examen serait incomplet; il faut le continuer en arrière; on voit là que la tumeur n'adhère pas à

la face inférieure de l'apophyse basilaire, celui-ci est libre, et cette constatation jointe à toutes les précédentes permet d'éliminer définitivement le polype naso-pharyngien.

Enfin on peut aussi sentir les différents prolongements émis par la tumeur; ceux-ci, variables à l'infini, comme nous le montrions à l'anatomie pathologique, pouvant prendre des directions différentes, et donner à la lésion les types que nous avons choisis pour la subdiviser. Dans le cas signalé par M. Trélat, la tumeur émettait un prolongement qui s'aplatissait dans le sens vertical pour pénétrer dans l'épaisseur de la narine droite et descendait dans l'intérieur de cette narine pour prendre le caractère muqueux incidemment signalé par nous.

Disons que ces prolongements, pas plus que la tumeur centrale, n'affectent d'adhérences avec les tissus voisins. Ils sont en contact avec eux, rien de plus.

Ici se termine l'énoncé des symptômes fonctionnels et physiques de la lésion que nous étudions, nous avons cherché à les exposer cliniquement; nous pensons que ce plan était indispensable à suivre, parce qu'il montre bien que les polypes fibro-muqueux, entité absolue, maladie définie, peuvent être facilement diagnostiqués, mais à une condition toutefois, c'est que les signes qu'ils fournissent seront reliés les uns aux autres, et que de cette réunion naîtra la conception qu'on peut se faire de leur ensemble symptomatique.

Or, cette conception synthétique, si on peut s'exprimer ainsi, est du plus haut intérêt, au point de vue du diagnos-

tic, du pronostic, de la marche de l'affection, de sa terminaison et enfin de l'intervention.

La marche est en effet exempte de complications. Ces lésions-là ne s'accompagnent jamais d'hémorrhagies, elles ne déterminent pas d'écoulement purulent par le nez, elles n'envahissent pas les sinus, et ne compriment jamais le globe de l'œil, enfin elles ne récidivent pas si elles ont été complètement enlevées et si le pédicule en a été suffisamment cautérisé.

La dégénérescence ultérieure en sarcome ne se produit pas plus que les autres troubles que nous venons d'éliminer. Signalerons-nous comme complications ces quintes de toux que nous décrivions aux symptômes. Nous croirons avoir suffisamment insisté sur ce point, quand nous aurons rappelé les deux cas compliqués d'angine que rapporta en 1877 le professeur Trélat dans une de ses cliniques.

En résumé, nous voyons que les polypes fibro-muqueux dont l'étude a été jusqu'ici absolument négligée, au moins comme travail spécial, monographique, constituent une lésion intéressante. Cette lésion méconnue encore aujourd'hui par quelques auteurs qui la confondent avec les polypes muqueux simples, a ses symptômes, desquels découle son pronostic éminemment favorable.

Il est permis de dire de ces tumeurs qu'elles sont essentiellement bénignes et que leur traitement, sans exposer le malade au moindre danger, le met à l'abri de toute récurrence.

DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC

En clinique deux cas peuvent se présenter au médecin.

Voici un malade qui s'offre à lui avec des polypes muqueux des fosses nasales ou avec les symptômes d'un polype naso-pharyngien.

Voici un malade qui vient le consulter pour une légère gêne respiratoire, gêne localisée par lui quelque part dans le nez. Il n'y a pas d'écoulement sanguin, il y a un peu de liquide blanc s'écoulant par les narines, un peu de gêne en avalant, mais très peu. Rien au premier examen ne frappe son attention, ni dans les narines antérieures, ni au niveau du voile du palais.

On voit tout de suite les erreurs de diagnostic aisées à commettre.

Dans le premier cas on s'attaquera à des polypes muqueux qui, enlevés, ne procureront qu'une médiocre amélioration. Ou bien, si la tumeur est pendante dans le pharynx, on se croira en présence d'une tumeur pharyngienne; et on se doute immédiatement quel pronostic on portera. Si le polype est volumineux on voit quelles opérations on est parfois obligé de proposer.

Dans le second cas on abandonne le malade à lui-même, croyant à un coryza ordinaire. Comme il persiste et que le

médecin a prescrit les moyens anodins usités en pareil cas on se laisse entraîner à rechercher la syphilis, voir même la tuberculose.

Et cependant le malade est porteur d'un néoplasme dont le pronostic est bénin, dont le traitement est simple le plus souvent, sans gravité aucune, que le médecin peut débarrasser aisément le patient d'une prétendue infirmité sans chance de récurrence. Car rarement le polype fibromuqueux récidive même quand il est enlevé seulement par le serre-nœud de Wilde. *A fortiori* quand on emploie une cautérisation, même légère après l'opération, ne récidive-t-il jamais. Tous les faits sont probants à cet égard et tous les chirurgiens affirmatifs sur ce point.

Mais que la tumeur prenne un volume considérable, par suite de la négligence du malade ou la crainte dans laquelle il se trouve de consulter un chirurgien, jamais elle ne sortira du cadre d'une tumeur bénigne; elle ne compromettra en rien la santé générale, jamais non plus, malgré son développement, elle ne créera de graves désordres par son volume et par la compression qu'elle déterminera. Là encore tous ces cliniciens sont affirmatifs.

Il importe donc de faire un bon diagnostic et pour cela il s'agit de s'armer de toute son attention.

S'il y a concomitance avec des polypes muqueux — cas assez fréquent — dès que l'on aura débarrassé la ou les narines de ces derniers, il ne faut pas hésiter, si quelque gêne respiratoire persiste, à pratiquer l'examen postérieur des fosses nasales. Avec le doigt seul on aura

quelquefois les renseignements les plus complets. S'il y a coexistence avec des polypes naso-pharyngiens le même examen rendra, au chirurgien, les plus grands services. Mais rappelons que cette dernière coexistence est rare. Il n'y a qu'un cas de ce fait dans la science ; il est dû à Gosselin. Ces deux tumeurs n'ont aucune affinité entre elles. Quand il n'y a pas coexistence d'autres tumeurs, très fréquemment le polype fibro-muqueux saillant en avant, doit être distingué des polypes muqueux. Le diagnostic est délicat quand les deux narines sont le siège de ces néoplasmes et ceci se présente quelquefois. Et alors que de signes semblables ne trouve-t-on pas ? Ce siège double, la couleur, la même dans les deux polypes, la gêne mécanique identique dans les deux cas. Pour une personne non prévenue, sans examen rhinoscopique, sûrement le diagnostic de polype muqueux sera posé. Mais si on examine les arrière-narines, si on touche le polype par la partie antérieure, si on examine sa coloration, si on fait attention à l'âge du malade, si on l'interroge attentivement, on verra qu'il y a un point d'implantation dans les arrière-narines, on sentira par le stylet qu'il n'est pas entièrement mou, on verra qu'il est légèrement brunâtre ou rosé, on apprendra que le malade n'est pas à l'âge des polypes naso-pharyngiens.

Quoique le cas puisse se présenter, ce qui augmente d'autant quelquefois les chances d'erreur, on apprendra encore que le malade n'a jamais eu d'épistaxis, que le plus souvent, il ne souffrait pas, et que son polype ne sui-

vait pas les variations de l'état hygrométrique de l'air (Trélat). Si le diagnostic n'est pas posé d'emblée, le chirurgien enlève des fragments; après chaque ablation il n'y a pas de soulagement. Aussi : quand on aura fait plusieurs essais semblables et qu'ils seront restés infructueux, qu'on pense au polype fibro-muqueux. Si le polype est pendant dans le pharynx, et qu'il y a simultanément des polypes muqueux dans les fosses nasales, le diagnostic difficile, est cependant plus facile que précédemment. Pour faire la seconde partie du diagnostic, c'est-à-dire, reconnaître le polype fibro-muqueux, il faut, une fois les polypes muqueux extraits, se comporter comme dans le cas de polype naso-pharyngien, pendant dans le pharynx, non accompagné d'autres tumeurs : cas que nous allons examiner.

Quand il n'y a pas coexistence de tumeurs et que le polype fibro-muqueux pend dans les arrière-narines, une erreur est aisée à commettre si les commémoratifs ne sont pas faits avec soin, si on ne tient pas compte de l'âge (10 ans, 35, 40, 60 ans), si on ne porte pas son attention sur l'absence d'hémorrhagie, de dysphagie, et si on ne jette pas son regard sur le voile du palais qui est abaissé, quelquefois accolé à la tumeur, et que celle-ci suit dans ses mouvements d'élévation et d'abaissement. Si on ne constate pas que cette tumeur est indolente, et qu'on ne pratique pas le toucher postérieur qui renseigne sur sa consistance et donne parfois exactement son point d'implantation.

Voilà autant de signes qui permettent de distinguer le polype fibro-muqueux du polype naso-pharyngien. Mais il faut songer aussi au polype fibro-sarcomateux. Celui-ci crée des hémorrhagies abondantes, augmente rapidement de volume, se fragmente, donne lieu à des abcès, ce qui est fréquent, et à des fistules osseuses sur la face ; il altère, en outre, le squelette. Si on a encore des doutes, sa nature histologique, relevée par le microscope, les enlèvera tous.

Si le polype est petit, est unique, la persistance de l'écoulement liquide blanc devra attirer notre attention, et on devra se renseigner, par un examen rhinoscopique postérieur attentif, s'il n'y a pas un polype. Seul ce procédé peut faire éviter une erreur. Cette condition n'est réalisée qu'au début de l'affection. Ce diagnostic ne se présente donc guère souvent. Mais quelquefois sous un volume médiocre il végète, et le tout, dans le cas que nous spécifions, c'est de penser à l'éventualité du polype fibro-muqueux.

Il est, croyons-nous, inutile de discuter le diagnostic différentiel avec toutes les tumeurs des fosses nasales. Deux seulement doivent nous arrêter : 1° L'hypertrophie du cornet inférieur ; et 2° ces tumeurs tératiformes implantées aussi à ce niveau.

L'hypertrophie de la partie postérieure du cornet inférieur que l'on dénomme vulgairement « des queues de Cornet » ne peut guère, à part la gêne très modérée

qu'elle provoque pendant la respiration, en imposer pour un polype fibre-muqueux à un « professionnel ». Pour qui n'a pas l'habitude d'examiner les narines postérieures au miroir, il y a une certaine difficulté; pour cette personne, cette difficulté existe déjà quand la muqueuse est saine. Mais on tiendra compte de la forme et surtout de la coloration rosée de la muqueuse, rosée dans ses parties nasales légèrement blanches, et blanc rosé, plus exactement, à sa partie postérieure. Mais elle est saignante et villeuse dans l'hypertrophie du cornet inférieur.

Nous ne dirons que deux mots de deux tumeurs muriformes de l'extrémité pharyngienne des cornets inférieurs étudiés par M. Chatellier dans les *Annales des maladies de l'oreille*, août 1886. Elles coiffent comme un capuchon cette extrémité. Leur surface est recouverte d'un grand nombre de saillies, leur base se continue sans ligne de démarcation avec le reste de la tumeur qui est d'un rouge uniforme.

Elles contiennent du tissu adénoïde, ces particularités leur donnent une physionomie spéciale qui les feront facilement reconnaître, le tissu adénoïde n'ayant pas d'ailleurs été signalé dans les fibro-myxomes.

Nous n'insistons pas sur le diagnostic à faire avec les polypes fibreux des fosses nasales. Ceux-ci naissent généralement de la partie antérieure, ont une tendance rapide à l'envahissement, ils remplissent les cavités accessoires. Ils ne saignent pas; mais les signes que

nous venons d'énumérer les classent à part et loin des tumeurs dont nous nous occupons. Mais cependant qu'on n'oublie pas qu'un polype saillant dans les narines antérieures et qui ne saigne pas est généralement un polype fibro-muqueux des arrière-narines.

TRAITEMENT DES POLYPES FIBRO-MUQUEUX DES ARRIÈRE-NARINES

Lorsqu'on jette les yeux sur les ouvrages spéciaux de rhinologie et de laryngologie, on est surpris du nombre de procédés mis, en avant, pour obtenir la disparition des tumeurs du nez ou du pharynx. Mais beaucoup de ces moyens différents appartiennent à des mêmes classes d'intervention, et si on veut mettre un peu d'ordre dans cette étude et ne pas tenir compte plus qu'il ne convient des différences de détails, on voit qu'on peut les ramener à trois grandes classes.

L'arrachement.

L'excision, procédé sanglant ou section galvanique.

Le broiement ou la striction.

Arrachement. — L'arrachement, le procédé le plus ancien, date au moins d'après ce que nous avons pu apprendre dans nos recherches d'Aquapendente; ce fut lui qui, dit-on, eut le premier l'idée d'employer ce procédé.

Très employé encore aujourd'hui, c'est lui que nous préconiserons, plus tard, comme méthode de choix dans l'opération de tumeurs fibro-muqueuses des arrière-narines.

Les instruments sont nombreux qui ont été employés.

Actuellement encore on se sert de pinces, de crochets, de formes et de dimensions différentes, souvent créés sous des cas particuliers.

L'instrument le plus ordinairement employé est la pince à polype. La description la plus simple qu'on en puisse donner, est de dire qu'elle ressemble absolument à la pince hémostatique ordinaire, avec un volume trois fois plus grand. On en fait de droites ou de courbes dans les parties prenantes des branches. Le professeur Duplay en a fait construire une, à branches fines et à courbure courte, pouvant servir quand le spéculum nasal est en place.

Excision. — Le procédé par excision s'adresse aux tumeurs dures, largement implantées, adhérentes aux tissus voisins, il comprend plusieurs procédés :

Le premier, le procédé direct, permet l'introduction dans le naso-pharynx d'instruments nécessaires à l'opération, mais sans léser les organes voisins.

Le second, le procédé indirect, s'accompagne d'une opération préliminaire, comprenant la résection partielle ou totale d'organes voisins.

Trois grandes voies de pénétration ont été proposées par les auteurs :

C'est d'abord la voie buccale. Par ce procédé, on conseille la section sur la ligne médiane du voile du palais.

Cette section, ne détermine qu'un très léger écoulement sanguin et ouvre un champ suffisant à la marche et aux mouvements des instruments ; cette opération fut préconi-

sée tout d'abord par Manne d'Avignon : ce premier auteur faisait une simple boutonnière au voile du palais. Cette intervention fut soutenue ensuite par J.-L. Petit en 1747. Enfin, en 1848, Nélaton faisait coïncider avec elle, la résection de la voûte palatine osseuse.

D'autres auteurs, parmi lesquels Chassaignac, Bruns, Langenbeck, ont préconisé la voie nasale.

D'autres enfin préférèrent la voie maxillaire, il faut citer parmi eux les noms de Syme, Michaux et Maisonneuve.

Disons que ces procédés indirects sont souvent inutiles, et que la voie directe suffit le plus souvent à opérer les tumeurs du naso-pharynx.

Quant à la troisième division que nous signalions plus haut, nous n'y insisterons pas. Nous signalerons seulement, l'anse galvanique ordinaire, le serre-nœud de Wilde, etc.

Nous passerons sous silence les injections interstitielles, d'acide tannique et autres substances semblables.

Or, étant données les faibles implantations du polype et la non adhérence des prolongements, l'opération des tumeurs fibro-muqueuses des arrière-narines est parfaitement simple.

Les deux procédés par arrachement et par broiement sont bons à employer.

Le malade étant placé dans la position que nous avons signalée au moment de la description du toucher buccal, on pratique l'insensibilisation à la cocaïne, le voile du palais est relevé par un aide ou par un instrument rigide

que le chirurgien tient de la main gauche comme nous avons eu soin de le décrire aux symptômes : le voile du palais étant ainsi relevé et fixé, on voit la tumeur dont on connaît exactement les connexions par un examen antérieur suffisant, et, suivant le procédé choisi, on accroche la tumeur avec le crochet de Lauth, ou avec une pince à mors, ou avec une pince à forcipressure ; un effort modéré ou une simple torsion suffit le plus généralement à faire détacher une tumeur de moyenne dimension.

Si celle-ci est volumineuse, si ses prolongements sont nombreux, il est bon, dans ce cas, d'employer le serre-nœud de Wilde. Les auteurs ont préconisé dans l'emploi de cet appareil, la simple constriction lentement progressive. Ce procédé qui a une réelle importance dans les cas de tumeurs vasculaires, en a beaucoup moins dans le cas qui nous occupe, étant donné le peu de danger qu'il y a de provoquer une hémorrhagie.

Enfin si les prolongements sont tellement volumineux qu'on puisse craindre que leur passage par la bouche ne soit quelque peu difficile, on pratiquera le morcellement en une ou en plusieurs séances.

Si la tumeur n'est pas seule, si par exemple elle s'accompagne de polypes muqueux, ceux-ci tout d'abord devront être enlevés, puis ensuite on s'occupera de la lésion qui nous intéresse.

En résumé, l'intervention est facile, sans dangers ; il faut surtout prendre conseil pour le choix de l'interven-

tion de la disposition de la lésion. Et ne pas oublier que l'opération peut se résumer à ceci :

Tumeur de volume : Moyen. Arrachement.

Tumeur du gros volume avec prolongements nombreux. Morcellement de ceux-ci, puis arrachement de la masse centrale.

Un troisième cas peut se présenter, où, la tumeur se complique de polypes muqueux, on opère ceux-ci d'après le procédé ordinaire et on agit comme il a été dit, plus haut, pour la tumeur fibro-muqueuse.

Enfin, on cautérise le point d'implantation, soit au nitrate d'argent, soit au chlorure de zinc déliquescent.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Polype muqueux des arriére-narines. (Observation due à l'obligeance de M. Lejars).

Mlle L... Céline, 40 ans, domestique, vient consulter, à l'hôpital de la Pitié, dans le courant de septembre 1891, pour un « polype de la gorge ». C'est ainsi qu'elle-même désigne son mal. Le polype aurait été enlevé, au moins en partie, par un médecin, il y a quelques mois; mais il n'a pas tardé à repousser, et aujourd'hui la gêne qu'il provoque est plus marquée encore que la première fois.

Mlle L... a la sensation très nette d'une grosse masse qui obture la partie profonde de ses fosses nasales: il lui est difficile de respirer par le nez et sa voix est assez fortement nasonnée. De plus cette masse « remue », elle se déplace, sous l'action d'une respiration, forte, de la toux, de la déglutition, et elle est oscillante, et, à chaque oscillation elle vient frôler la face postérieure du voile, la paroi pharyngée: de là des accès de toux, des quintes fréquentes et pénibles.

La présence d'un polype de l'arrière cavité des fosses nasales était donc fort probable. Je priai la malade d'ouvrir largement la bouche et j'inspectai l'arrière-four: tout d'abord je ne vis rien, le voile n'était pas bombé, sa voûte cintrée était régulière, le pha-

rynx semblait vide ; mais, au premier effort de toux une tumeur arrondie, jaunâtre, d'aspect gélatiniforme parut tout d'un coup sous le bord libre du voile, qui la recouvrait comme un rideau ; et, à maintes reprises, nous pûmes la voir ainsi se découvrir un peu, puis disparaître. En renversant la tête en arrière on la distinguait mieux, et l'on se rendait bien compte que le fond du polype était de niveau avec le bord libre du voile, qu'il n'eût pas tardé à dépasser.

J'introduisis mon doigt au fond de la bouche, et, par un touché pharyngé rapide, je m'assurai que le polype, très mobile, descendait bien de l'orifice postérieur des fosses nasales ; je ne crois pas que l'examen au miroir laryngoscopique nous eût donné des résultats beaucoup plus précis, à cause du volume de la tumeur. Par le nez on ne pouvait rien voir.

Il s'agissait de procéder à l'ablation, et de la faire complète. Le pharynx et le voile furent badigeonnés à la solution de cocaïne, et je cherchai d'abord à attirer le voile en avant, pour découvrir largement le polype, et le saisir le plus haut possible ; mais le voile était animé de mouvements tellement brusques que je dus renoncer à cette manœuvre dans la crainte de déchirures.

Je plongeai tout simplement mon index gauche au fond de la fosse, une pince de Museux conduite, sur ce doigt, s'implanta largement dans le polype, et alors, tordant avec ma pince, rugissant le plus haut possible, avec l'ongle de mon index, je ne tardai pas à amener la tumeur. Tout cela dura moins de temps qu'il n'en faut pour l'écrire. J'avais le polype tout entier avec un pédicule assez long, et j'avais tout lieu de croire qu'il ne restait rien à son point d'implantation.

L'écoulement sanguin fut très minime, et M^{lle} L... partit immédiatement, pour rentrer chez elle.

Elle revint à l'hôpital le 4 janvier 1892, et fut alors admise salle Lisfranc pour une rétroversion utérine. Je lui fis l'opération d'Alexander. Elle sortit dans la première quinzaine de février.

Il n'y avait aucune trace de récurrence de polype; toute espèce de gêne naso-pharyngée avait disparu.

J'ai revu la malade plusieurs fois depuis le mois de février; sa santé est excellente. Il n'est plus le moins du monde question du polype.

Examen histologique de la tumeur de M. Lejars.

N° 124 du Laboratoire du Professeur Lefort.

Examen fait par M. Caussade. — Cette tumeur est composée essentiellement par du tissu myxomateux qui présente la même texture au centre de son pédicule et au centre de sa masse. On y voit, en effet, des cellules arrondies volumineuses à protoplasma se colorant en rouge par le picro-carmin. La substance fondamentale formée de mucine coagulée est l'élément le plus considérable. Quand on se rapproche de la zone sous-épithéliale et de la partie saillante et renflée de la tumeur on rencontre au dessous de l'épithélium, des fibrilles conjonctives avec tous les caractères qu'elles ont dans le tissu fibreux, alors que vers le centre elles possédaient, ramifiées et très onduleuses, ceux du tissu muqueux. Ces fibrilles conjonctives sont agglomérées, très épaisses et réunies en gros faisceaux au-dessous de l'épithélium. C'est à peine si, au milieu d'elles, on aperçoit quelques cellules arrondies à protoplasma coloré en jaune par le picro-carmin. Dans la zone intermédiaire à la partie centrale et à la zone sous-épithéliale les cellules étoilées en très grand nombre prédominent

au milieu de leurs prolongements cellulaires multiples. L'épithélium repose directement sur la bande fibreuse déjà signalée, sans interposition aucune de chorion. Cet épithélium à cils vibratiles et à cellules stratifiées représente, entièrement intact, celui de la muqueuse pituitaire.

Un réseau capillaire, très grêle, parcourt la base de la tumeur ; fort peu nombreux dans le pédicule, les vaisseaux s'étalent dans la partie centrale et deviennent presque nuls dans la partie terminale. Ils sont très espacés les uns des autres et leur paroi est embryonnaire. En quelques points il nous a semblé voir des conduits glandulaires. Mais nous n'avons pu exactement nous renseigner sur la présence de cellules glandulaires.

Absence totale de nerfs.

Pas de dégénérescence, pas de kyste, pas de cellules adipeuses. Au contraire la gangue fibreuse condensée dans la grosse extrémité de la tumeur étouffe les quelques vaisseaux qui s'y trouvent et dont on distingue à peine la lumière.

*Examen histologique fait par M. Cornil de la tumeur enlevée
par M. Trélat.*

Sur les coupes faites en différents points on constate les particularités suivantes :

Le bord libre de la coupe correspondante à la tumeur est dentelée et présente une série de parties saillantes séparées par de larges dépressions qui se prolongent plus ou moins profondément vers le centre de la tumeur.

Tout ce bord, soit au niveau des parties saillantes, soit au niveau des dépressions, est recouvert d'une couche d'épithélium

cylindrique composé de cellules très allongées et presque difformées. Sur les pièces, examinées à l'état frais, ces cellules possèdent des cils vibratiles ; on ne les voit plus sur les pièces conservées dans l'alcool.

Au-dessous de l'épithélium, se trouve une couche assez épaisse remarquable par le nombre d'éléments jeunes masquant en partie le tissu fondamental. Ces petites cellules sphériques très abondantes dans la partie la plus superficielle, vont en diminuant de nombre au fur et à mesure qu'on se rapproche du centre de la tumeur.

Ces noyaux sont accumulés autour des vaisseaux, très nombreux dans la partie superficielle et représentés par un grand nombre de capillaires à parois très grêles, très minces, très fragiles.

Quelques-uns de ces capillaires présentent des dilatations qui prennent par place l'apparence de véritables lacunes.

En se rapprochant du centre de la tumeur, le tissu qu'on retrouve devient finement réticulé mêlé de quelques fibres élastiques mais dans un grand nombre de points, ce qui domine, c'est une modification myxomateuse des éléments de ces parties caractérisées par des éléments étoilés, fortement colorés par le carmin, et dont les prolongements circonscrivent de grands espaces polygonaux occupés par une substance colloïde à peine teintée par la matière colorante.

Dans un point de la tumeur avoisinant son pédicule, au niveau duquel on retrouve de grosses artérioles à parois encore assez jeunes, on retrouve quelques faisceaux de tissu conjonctif ; mais c'est le seul point de la tumeur où on rencontre ce tissu. En aucun point de la couche superficielle, on n'a pu trouver trace d'organes glandulaires.

De l'ensemble de ces caractères, nous pensons pouvoir en conclure que cette tumeur est un myxome enflammé dans ses couches superficielles.

OBSERVATION II

Cas de M. Panas, Société de Chirurgie, 1873.

En 1865, se présentait à l'hôpital un vieillard bien portant sec et de taille haute, âgé de 68 ans, et porteur depuis bientôt trois ans d'un polype, qui obstruait la fosse nasale du côté gauche. En examinant par devant, on y apercevait au loin un tout petit mamelon rougeâtre. Mais c'est du côté de la bouche que l'examen devenait instructif.

La première chose qui frappait était un abaissement du voile du palais, dont la voûte semblait effacée. Le doigt sentait une résistance fibreuse due à une tumeur dure, blanchâtre, fibreuse, pédiculée à sa partie supérieure et qui semblait en continuité de tissu avec le prolongement nasal.

L'extirpation faite par la bouche, comme il sera dit plus bas, nous permit d'enlever une tumeur du volume d'une grosse noix, lisse, globuleuse, d'apparence fibreuse aussi bien à la surface que sur la coupe sauf pour le prolongement nasal, en forme d'appendice pyramidal, dont la consistance rappelait tout à fait un polype muqueux. Il est à noter que la masse principale était plus molle au centre qu'à la circonférence et qu'elle semblait contenir fort peu de vaisseaux.

Le malade n'avait jamais eu d'hémorrhagie, sauf trois fois, que des chirurgiens mal avisés avaient tenté d'extraire le polype par le nez.

Vu le peu de vascularité de la tumeur, nous sommes à nous demander si le sang ne provenait pas bien plus des meurtrissures produites par les tentatives réitérées d'extraction sur la membrane schnéidérienne que de la tumeur elle-même.

Le malade a parfaitement et définitivement guéri et n'est mort que 10 ans plus tard d'une pneumonie.

OBSERVATION III

(Panas, *Soc. de chirurg.*, 1873).

En 1868, une jeune femme de vingt-six ans est entrée dans le service de M. le professeur Panas à l'hôpital Saint-Antoine.

Les premiers symptômes de la maladie remontaient à deux ans, le mal a été en progressant, et deux mois avant l'entrée de cette personne à l'hôpital elle fut prise de fièvre, de céphalalgie, de gêne considérable de la déglutition et d'une angine assez intense.

Ne pouvant pas respirer par le nez, la malade tenait la bouche constamment béante. Un fait digne de remarque était que l'inspiration se faisait bien plus facilement que l'expiration, laquelle était même tout à fait supprimée à droite. Nous dirons tout à l'heure le pourquoi.

Par les narines on n'aperçoit rien, tandis que le doigt porté dans le pharynx par l'arrière bouche y sentait une tumeur polypeuse, pédiculée, mobile et offrant une consistance assez dure. La voussure du voile du palais était en partie diminuée. La malade n'avait jamais eu d'épistaxis. L'ablation de la masse morbide nous permit de constater qu'il y avait deux polypes, un gros et

l'autre petit. Tous deux s'inséraient par un pédicule sur la cloison, le long du bord postérieur du vomer:

Le gros polype, allongé transversalement et légèrement aplati d'avant en arrière, offrait la forme et le volume d'un gros marron, mesurait 4 centimètres dans son grand diamètre, sur 2 de hauteur et d'épaisseur. Son pédicule, long de 1 centimètre, n'avait pas plus de 8 millimètres de diamètre.

L'extrémité gauche de cette masse, dans l'étendue de 1 centimètre environ, correspondait à la narine du même côté, qu'elle recouvrait en partie, comme un couvercle sans y pénétrer; tandis que le reste de la tumeur correspondait au voile du palais. C'était donc là à une tumeur essentiellement pharyngienne que nous avions affaire.

Le petit polype de la grosseur d'une cerise, né également du vomer par un pédicule filiforme, obstruait complètement l'orifice de la narine droite à chaque expiration, tandis que dans l'inspiration, il s'en écartait comme une soupape et laissait passer l'air dans le pharynx.

La couleur des deux polypes était rougeâtre; leur consistance intermédiaire à celles des polypes fibreux purs et des polypes muqueux; enfin, à la coupe, ils laissaient écouler une sérosité assez abondante.

La malade sortit de l'hôpital guérie, lorsque quelques mois plus tard elle rentrait pour se faire opérer d'une nouvelle petite tumeur développée à la place et avec le volume de celle qui existait dans la narine droite. Opérée comme la première fois elle sortit guérie.

OBSERVATION IV

Par Henri Châtellier (ancien interne des hôp. de Paris, aid. prép. d'histologie).

Le jeune X..., âgé de 18 ans 1/2, se présente avec tous les signes d'une obstruction nasale.

L'examen fait découvrir des polypes.

Les tumeurs occupent exclusivement la fosse nasale droite ; leur nombre et leur volume sont tels qu'on en voit faire saillie à l'orifice antérieur de la narine. Par la rhinoscopie postérieure on voit le pharynx nasal entièrement comblé par un polype d'une coloration blanc mat remarquable et comparable à celle d'un tendon, sa surface est tomenteuse et recouverte dans tout le champ visuel, de petites saillies arrondies, mamelonnées, également blanchâtres. Evidemment ce polype le plus postérieur de tous se distingue des polypes hyalins antérieurs par son volume et surtout par son aspect.

Dès le premier examen, étant donnés ces caractères objectifs et la nature des polypes antérieurs, nous pensons que ce polype postérieur est de nature mixte, c'est-à-dire fibro-muqueux.

La fosse nasale gauche paraît à la vue, absolument libre, cependant elle n'est pas perméable à l'air.

Immédiatement nous commençons l'extirpation des tumeurs, au moyen du serre-nœud de Wilde, sans que l'opération, reprise en plusieurs séances, présente rien à noter.

Enfin nous arrivons au dernier polype, à celui qui fait saillie dans le pharynx nasal.

La fosse nasale actuellement débarrassée de toutes les tumeurs

qui l'obstruaient, est parfaitement explorable, car la cloison ne présente aucune déviation, et on peut apercevoir par la rhinoscopie antérieure la face antérieure de ce dernier polype. Mais celui-ci est tellement volumineux que l'anse du serre-nœud ne peut passer entre lui et la cloison ; après plusieurs tentatives infructueuses, nous décidons d'amputer, par la narine opposée (gauche) la portion du polype qui dépasse de ce côté la ligne médiane et par conséquent, la cloison. La tumeur, en effet, est presque entièrement située dans le rétro-pharynx quoiqu'elle ait pris naissance dans la fosse nasale droite ; mais elle s'en est progressivement énucléée pour occuper une cavité plus spacieuse à mesure que son volume augmentait.

L'instrument est donc introduit par la narine gauche, et du premier coup, saisit une partie du polype. La résistance est telle que nous devons employer les deux mains et toutes nos forces pour obtenir la section. Un second fragment est réséqué de la même façon et avec la même peine. Pas d'hémorrhagie. Chaque fragment a environ 1 centimètre $1/2$ ou 2 centimètres de diamètre.

Ainsi diminuée de volume, la tumeur se déplace un peu, et seulement alors nous pouvons introduire par la narine droite l'anse du serre-nœud qui la saisit facilement et glisse jusqu'au pédicule. Celui-ci présente une grande résistance à la section.

Enfin, la tumeur est détachée ; mais, ne pouvant la faire sortir par la fosse nasale, nous la poussons en arrière, et le malade la chasse par une énergique expulsion. Pas d'hémorrhagie.

Par la rhinoscopie postérieure, on voit aisément le point où s'implantait le pédicule. Ce point occupe la partie la plus élevée de la fosse nasale, entre le cornet supérieur et la voûte, à 1 centimètre environ en avant du contour postérieur de la narine.

La tumeur, quoiqu'elle ait été diminuée par deux fragmentations successives, a encore 4 centimètres de longueur sur 3 d'épaisseur. Elle est résistante à la pression et crie sous le couteau qui l'incise. Mais il existe une notable différence de consistance entre les couches superficielles qui sont dures et la partie centrale qui est molle et comme diffluente.

Examen histologique de la tumeur de M. Châtellier.

Les coupes ont été maintenues 24 heures dans une solution de carmin de 1/100 additionnée de glycérine neutre dans la proportion de 1 partie de glycérine pour 2 de solution carminée. Puis les coupes ainsi colorées ont été montées dans la glycérine formique à 1/100.

A un faible grossissement (ocul. 2, object. 5 Hartnack), on remarque que le bord de la préparation correspondant à la surface de la tumeur est tapissée par une couche partout continuée d'un bel épithélium cylindrique à cils vibratiles, au-dessous duquel se trouve le tissu propre de la tumeur. Ce tissu n'est pas partout homogène et on reconnaît au premier coup d'œil, sur les préparations favorables, que les parties superficielles diffèrent très notablement des parties profondes. D'ailleurs en examinant les coupes à l'œil nu, on se rend bien compte de cette disposition à la coloration différente que présentent la couche superficielle et les parties profondes. Celles-ci, en effet, sont d'un rose pâle, tandis que la première, d'un rouge assez foncé, a une épaisseur qui varie de 2 millimètres 1/2 à 3 millimètres. Sous le microscope cette couche superficielle, qu'a fixé plus énergiquement la matière colorante, apparaît formée de faisceaux distincts et entrecroisés, dont la longueur semble plus ou moins étendue suivant

que la coupe a été plus ou moins parallèle à leur direction. Ils ont une très jolie coloration rose et présentant les ondulations caractéristiques des faisceaux de fibres du tissu conjonctif.

Au milieu de ce tissu conjonctif on aperçoit de nombreux globules sanguins extravasés, évidemment sous l'influence de la constriction du serre-nœud au moment de l'opération ; on voit aussi d'assez nombreux corpuscules fusiformes du tissu conjonctif dont le protoplasma tranche nettement, par sa forte coloration jaune, au milieu des faisceaux colorés en rose vif. Très peu d'éléments embryonnaires. Dans cette couche on aperçoit aussi quelques vaisseaux sanguins, mais peu nombreux, leur calibre est assez volumineux et leur périphérie entourée d'une zone fibreuse dense et épaisse.

La partie centrale de la tumeur est formée par du tissu muqueux type. On y reconnaît aisément les corpuscules étoilés peu nombreux et séparés les uns des autres par de larges espaces remplis de mucine coagulée et se présentant sous l'aspect d'un réseau de fibrilles sinueuses.

Mais entre cette partie centrale, muqueuse, et la coque périphérique, fibreuse, il n'existe pas de limite bien nette et bien tranchée ; au contraire, la transition se fait peu à peu et en examinant la préparation des parties qui correspondent au centre de la tumeur vers celles qui forment pour ainsi dire son enveloppe extérieure, on observe la métamorphose progressive du tissu.

Celle-ci apparaît surtout à un fort grossissement (ocul. 2, object. 8, Hartnack, tube tiré). Dans la zone intermédiaire chaque corpuscule du tissu conjonctif est entouré d'un faisceau de fibres onduleux du même tissu ; puis, un peu plus loin, de chaque côté se trouve un réseau de filaments irréguliers. Ces fila-

ments se distinguent très nettement des fibres conjonctives onduleuses par les caractères suivants : ils ne sont point groupés en un faisceau, ils ne présentent pas d'ondulations régulières, ils ne fixent pas la matière colorante, avec un objectif à grand angle d'ouverture, on reconnaît qu'ils sont formés de granulations réunies en série linéaire. Enfin, si on traite une préparation par l'eau on voit ces fibrilles disparaître et se transformer en une couche hyaline uniforme.

A mesure qu'on se rapproche de la couche enveloppante ; on voit les caractères fibreux s'accuser d'avantage par la multiplication des trousseaux de fibres conjonctives et par la diminution parallèle de la substance fondamentale muqueuse. Il est encore un autre caractère qu'il est important de noter. Dans la partie centrale, beaucoup de cellules étoilées sont infiltrées de mucine, dans la zone intermédiaire, on en trouve encore, mais en bien moins grand nombre avec cette altération ; enfin dans la couche fibreuse, on n'en trouve plus aucune ; les corpuscules s'atrophient pour ainsi dire, leurs contours sont nets et leur protoplasma peu abondant entoure un noyau de volume variable, mais généralement petit ; les éléments cellulaires sont devenus très grêles comme dans le tissu conjonctif arrivé complètement à l'état adulte.

En résumé, la tumeur dont nous venons de donner la structure, renferme des parties *fibreuses*, des parties *fibro-muqueuses* et enfin des parties *muqueuses* systématiquement distribuées. C'est donc à un *fibro-myxome* que nous avons affaire.

OBSERVATION V

Annales des maladies de l'oreille. Service de M. le D. Léon Labbé,
chirurgien de la Pitié, 1872.

Concerne une jeune fille, âgée de 15 ans, non réglée. Sa maladie a débuté il y a 28 mois ; elle s'est aperçue à cette époque, d'un écoulement séreux abondant par la narine droite. Cet écoulement était continu avec exacerbations momentanées.

Depuis la même époque, sa voix est nasonnée, elle éprouve une certaine difficulté à souffler par cette narine qui lui paraît obli-térée lorsqu'elle veut se moucher. Quelques mois plus tard la sensation de gêne s'est étendue à l'arrière-gorge ; depuis cinq mois, par le toucher nasal, elle a pu sentir une tumeur qui pré-sentait une certaine mobilité.

En dernier lieu, il y a un mois environ, sont survenus des épis-taxis, et depuis l'apparition de ce dernier symptôme, ce prolon-gement pharyngien a pris un développement très rapide au point de devenir très gênant.

État actuel. — Fille de petite taille, pâle et anémique, la face n'est pas déformée, pas de déviation ni des os, ni des cartilages du nez. La cavité du sinus maxillaire ne paraît pas envahie. Par l'orifice antérieur de la narine droite on aperçoit dans la profon-deur un prolongement assez volumineux ; la cloison médiane pa-raît un peu déjetée à gauche. Le prolongement est actuellement trop élevé pour qu'on puisse le sentir par le toucher, mais au dire de la malade, lorsqu'il fait humide, cette partie de la tumeur descend davantage et est plus facilement accessible. Ecoulement de sérosité roussâtre par la narine ; l'air passe très difficilement

et même lorsqu'on fait souffler la malade avec force son passage est accompagné de gros râles muqueux.

Le voile du palais est très tendu et repoussé en avant, un peu plus à droite qu'à gauche. Par le toucher, on sent une tumeur qui remplit complètement l'arrière-cavité des fosses nasales, descend dans la portion buccale du pharynx, et dépassant le niveau de la luette, arrive presque à toucher la portion verticale de la face dorsale de la langue.

La partie de la tumeur accessible à la vue, présente une teinte violacée ; elle est bosselée et descend un peu plus à droite, les dimensions de l'isthme du gosier sont très diminuées. Par le toucher on s'assure que la tumeur est mobile, on peut la contourner à droite et à gauche, elle est également libre en arrière.

La consistance de cette tumeur au toucher est assez molle ; la respiration est gênée et accompagnée d'un ronflement, l'audition n'est pas troublée. La malade fut opérée par M. L. Labbé et sortit quelques jours après parfaitement guérie.

Examen microscopique. — A l'état frais la tumeur est recouverte par un épithélium cylindrique à cils vibratiles. Ces cellules sont très allongées. Après durcissement dans l'alcool, on fait des coups en différents points et on constate la particularité suivante :

Le bord libre présente quelques dépressions qui s'enfoncent très peu vers le centre de la tumeur. Ces dépressions sont très espacées et en certains points c'est à peine si on en trouve 3 ou 4 sur une coupe de un centimètre $1/2$ de longueur.

Cette surface est recouverte jusque dans le fond des dépressions par un épithélium cylindrique à cils vibratiles. Cet épithélium forme une couche double : 1° La superficielle, qui porte sur sa face libre des cils et qui est formée de cellules très allongées ;

2° la profonde, appliquée sur le derme muqueux et qui est formée de cellules ovalaires.

La couche superficielle de la muqueuse est infiltrée de noyaux accumulés par place, surtout dans le voisinage de petits vaisseaux capillaires très nombreux à la superficie et qui y forment de très belle arborisation ; plus profondément on trouve un tissu fondamental formé de fibres élastiques assez fines, s'entrecroisant dans tous les sens, et mêlé à un tissu réticulé semé de noyaux arrondis et fortement colorés par le carmin. Dans les points du centre où ces éléments arrondis sont nombreux, les fibres élastiques sont très rares. Mais la substance protoplasmique qui entoure ces noyaux est granuleuse, lisse à la coupe, et a pris une teinte légèrement rosée par le carmin et semble avoir subi en quelques points l'altération muqueuse.

Tout le centre de la tumeur est parcouru par quelques faisceaux conjonctifs qui arrivent jusqu'au sommet de la partie proéminente de la tumeur et par des artérioles très nombreuses qui donnent naissance à un très grand nombre de capillaires. Les veines sont également nombreuses, volumineuses et très dilatées ; on ne trouve en aucun point de la surface de la tumeur trace d'organe glandulaire.

OBSERVATION VI

Recueillie par M. Peltier, interne dans le service de M. Polaillon, à la Pitié. *Ann. des malad. de l'oreille et du larynx.*

Sidonie Ch..., 26 ans, femme de ménage, est entrée à l'hôpital de la Pitié le 31 juillet 1882, salle Gerdy, n. 3, service de M. Polaillon.

Cette femme a eu, il y a deux ans, une angine légère à la suite de laquelle les ganglions sous-maxillaires se sont engorgés.

Cette adénite due à l'état lymphatique de la malade, persiste encore, mais est beaucoup moins volumineuse.

Après cette indisposition, la gorge est restée sèche et la respiration par le nez un peu difficile ; mais ces accidents étant peu sérieux et ne s'aggravant pas, la malade ne s'en pr-occupa point et ne consulta pas de médecin. Il y a 14 mois, en regardant dans une glace, elle s'aperçut qu'elle avait dans la narine droite une petite grosseur. Effrayée, elle alla immédiatement trouver un médecin qui enleva, à l'aide d'une pince, par l'orifice antérieur des fosses nasales, une tumeur du volume d'une noisette et d'une couleur rosée.

La malade fut soulagée pendant quelques mois ; puis de nouveau la gorge devint sèche, la respiration nasale difficile. Ces accidents ont augmenté depuis quelques temps de façon à gêner sérieusement la malade, qui se décida à entrer à l'hôpital.

Actuellement, la respiration, assez facile le jour, devient pénible la nuit ; la malade dort la bouche ouverte, ce qui augmente encore la sécheresse de la gorge. La voix est légèrement nasonnée. L'audition est nette ; jamais de douleurs ni de bourdonnements dans les oreilles. L'odorat est un peu émoussé, mais le goût est resté intact. La déglutition des aliments solides est normale, mais quelquefois les liquides reviennent par le nez.

Une sécrétion assez abondante a lieu par la narine droite et oblige la malade à se moucher souvent. Cette sécrétion est claire, transparente, sans odeur. Jamais d'écoulement de sang.

Les fosses nasales ne sont pas complètement obstruées : quand on fait souffler la malade, en lui recommandant de fermer la bou-

che, l'air passe assez bien par la narine gauche, par la narine droite il passe difficilement et produit un sifflement. Une sonde en gomme pénètre jusque dans l'arrière-cavité, qu'on peut assurer avec le doigt introduit dans la bouche.

Quand on examine la narine droite, on aperçoit profondément une petite masse d'aspect grisâtre située au milieu de la cavité nasale, et paraissant n'être qu'un prolongement d'une tumeur située plus profondément. L'examen de la narine gauche est négatif.

A l'examen de la bouche et du pharynx, la voûte palatine est normale, le voile du palais n'est pas déprimé. Aucune tumeur ne fait saillie dans la cavité pharyngienne. Les mouvements d'élévation du voile du palais sont un peu difficiles; mais sa sensibilité est conservée; l'introduction du doigt est extrêmement pénible pour la malade, à laquelle on donne un gramme de bromure de potassium.

Le lendemain, cet examen est pratiqué plus aisément, et le doigt constate, dans l'arrière-cavité des fosses nasales, une tumeur du volume d'une noix, de consistance assez ferme, élastique, oblitérant en grande partie l'orifice postérieur des fosses nasales. Le doigt peut également constater que cette tumeur ne s'est pas développée aux dépens du voile du palais, mais il ne peut arriver jusqu'au point d'implantation, qui se trouve à la partie postérieure et externe de la fosse nasale droite.

Le siège de la tumeur, sa consistance un peu dure pouvaient faire songer à un polype naso-pharyngien; mais M. Polaillon fait remarquer que l'âge et le sexe de la malade, l'absence de déformation faciale et buccale, l'absence d'hémorrhagie, la consistance élastique plutôt que dure de la tumeur sont des phénomènes qui

plaident en faveur d'un polype muqueux ou fibro-muqueux. C'est donc à ce diagnostic, vérifié du reste par l'examen histologique, que s'arrête M. Polaillon.

Le 3 août, M. Polaillon, après avoir essayé vainement d'introduire une anse métallique par l'orifice antérieur, introduit par la fosse nasale droite une sonde de Belloc, attache les deux bouts d'un fil métallique recourbé en anse sur l'extrémité du ressort, puis ramène ces deux bouts dans la fosse nasale par l'orifice postérieur; un fil placé sur la partie médiane de l'anse métallique permet de la ramener à volonté dans la bouche. Après deux tentatives infructueuses, le polype est saisi dans l'anse métallique dont les bouts sont fixés sur un serre-nœud introduit dans la narine droite, puis le fil est serré et tordu sur lui-même jusqu'à rupture. La tumeur, qui à cause de son volume ne peut sortir par l'orifice antérieur, est retirée par la bouche, à l'aide du fil fixé sur l'anse métallique.

Examen de la tumeur. — La tumeur enlevée est lisse, blanchâtre, de consistance ferme et élastique. Elle présente deux parties: l'une arrondie, du volume d'une noix, correspondant à la masse sentie par le doigt; l'autre allongée, du volume d'une noisette, correspondant à la petite-masse visible par l'orifice antérieur; cette deuxième portion présente de petits diverticules. Près du point d'union de ces deux parties, se trouve la section du pédicule mince et étroit par lequel la tumeur s'implantait sur la paroi externe de la fosse nasale droite.

Après l'ablation de cette tumeur la malade a été immédiatement soulagée; la respiration est devenue facile des deux côtés. Ni la rhinoscopie antérieure, à l'aide du *speculum nasi*, ni l'introduction du doigt au-dessus du voile du palais ne permettent de

découvrir trace de polype ; la tumeur a donc été enlevée en totalité. La gêne de la respiration par la fosse nasale gauche s'explique par l'oblitération partielle de l'orifice postérieure par le polype.

La malade quitte l'hôpital le 5 août.

Observations dues à l'amabilité de M. Lubet-Barbon.

OBSERVATION VII (résumé).

Claire Richeau, 13 ans, entre à la Clinique le 2 juin, se plaignant de mal entendre d'une oreille, la droite, et de ne pas respirer par le nez (dort la bouche ouverte, etc., etc.). On fait le diagnostic d'hypertrophie des cornets et de végétations adénoïdes (par le toucher). L'enfant est opérée de ces dernières par le grattage de l'arrière-cavité, grattage qui ne ramène que peu de végétations et n'est d'ailleurs suivi d'aucune amélioration. Nouveau grattage huit jours après sans résultat meilleur. Devant cette persistance l'enfant est examinée avec plus de soin et on trouve une tumeur lisse, dure, du volume d'une cerise, obstruant la choane droite.

OBSERVATION VIII

X..., 8 ans, du Havre, a été déjà opéré deux fois de végétations adénoïdes ; malgré cela, reste sourd de l'oreille droite et présente de l'enfoncement de la membrane du tympan de ce côté. La respiration se fait librement par la narine gauche, mal par la droite. Après cocaïnisation du nez, on voit dans la partie profonde, une tumeur paraissant descendre de la voûte, ne laissant

entre elle et le voile, qu'un petit espace semi-lunaire très étroit, mobile au stylet et paraissant située toute entière dans le pharynx nasal. Au toucher, la tumeur est nettement à droite. Le doigt porté en arrière d'elle permet de constater que la région basilaire (siège général des végétations adénoïdes) est libre, que la tumeur obstrue la choane et est libre de toute attache dans le pharynx nasal.

Elle fut enlevée par le nez au serre-nœud ; la structure me parut être celle des polypes.

Quelques jours après, grâce à la cocaïne, on distingua le pédicule d'insertion situé au-dessous du cornet moyen et très en arrière et le malade guérit de ses accidents.

Pronostic. — Le pronostic est le même que celui des polypes muqueux du nez à condition que l'on sépare de ceux-ci les tumeurs polypiformes et récidivantes, véritables bourgeons charnus liés à la présence de lésions osseuses (Ethmoïdite, sinusites). Disons cependant que les polypes choanaux sont en général unilatéraux (plus souvent à droite ?) uniques, non récidivants et non liés à une lésion osseuse.

Traitement. — Le traitement est souvent très difficile ; on doit employer tour à tour différents procédés.

CONCLUSION

Les polypes fibro-muqueux des arrière-narines ont donc bien une physionomie propre à eux.

Leur étude histologique montre que ces tumeurs sont constituées par du tissu myxomateux et du tissu fibreux. Celui-ci forme une bande sous-épithéliale sur laquelle repose directement l'épithélium à cils vibratiles et à cellules stratifiées, analogue à celui de la muqueuse pituitaire. Au-dessous de la bande conjonctive se trouve du tissu qui prend insensiblement la structure du tissu myxomateux, qui est à l'état de pureté au centre de la tumeur. Les vaisseaux sont représentés surtout par des artérioles, à parois embryonnaires, situés surtout au niveau du pédicule et qui deviennent, très rares et même nuls, dans le centre et dans la partie renflée, terminale de la tumeur.

Les glandes font défaut. Quelquefois, et même très rarement on en a signalé des vestiges dans le pédicule. Les nerfs manquent totalement, jamais on n'observe de dégénérescence kystique, graisseuse, d'épanchement sanguin, diffus ou collecté. Après avoir examiné plusieurs opinions on a vu que, si nous faisons des réserves sur la nature myxo-adenomateuse de la tumeur, nous expliquons l'association de ces deux tissus, fibreux et myxo-

mateux, qui est rare dans les tumeurs en général, par la structure fibreuse des arrière-narines étudiée et signalée par M. Panas. Les polypes fibro-muqueux des arrière-narines restent pendant toute la durée de leur évolution sous la forme que nous venons de décrire, ce ne sont donc pas des tumeurs fibreuses saisies à une de leurs étapes vers le fibrôme. Jamais non plus on n'observe leur transformation (si tant est qu'elle existe dans d'autres néoplasmes), en tumeur maligne.

Les symptômes, auxquels donnent lieu les polypes fibro-muqueux, sont propres à ces tumeurs qui, prenant quelquefois les signes des polypes muqueux placés en avant d'eux et des naso-pharyngiens placés en arrière, n'en conservent pas moins leur physionomie spéciale. Difficiles à reconnaître et méconnus le plus souvent à cause de leur siège même, nous leur attribuons avec les auteurs, indépendamment des caractères qui leur viennent de leur siège, une forme plus volumineuse que celle des polypes muqueux, une coloration entièrement différente des polypes muqueux et des naso-pharyngiens; ils ne sont pas saignants, c'est là une de leurs grandes particularités, ils ne sont pas influencés par les variations de la température et de l'air, ils donnent lieu à un écoulement nasal qui permet de les dépister quelquefois et qui est bien spécial, leur développement est lent (en moyenne 2 ans), ils ne déforment jamais ou presque jamais les cavités nasales, leur évolution n'est jamais traversée par des accidents même très bénins. Ils surviennent vers le

jeune âge (4 ans, à l'âge adulte ou dans la vieillesse). Leur pronostic est peu grave. Et il est nécessaire de reconnaître les polypes fibro-muqueux des arrière-narines parce qu'il y a un certain désaccord entre leur volume qui est grand quelquefois et les signes auxquels ils donnent naissance. Il est difficile de les reconnaître : car ils sont associés très souvent à des polypes muqueux des fosses nasales antérieures et souvent aussi on les trouve à l'état isolé, pendant dans le pharynx, où ils en imposent pour un polype naso-pharyngien. On voit dès lors comme nous avons raison d'insister sur le diagnostic de ces tumeurs dont l'essence est différente et qui demandent des traitements bien différents.

Le traitement consiste surtout dans l'ablation de la tumeur par un serre-nœud à froid, celui de Wilde par exemple, monté sur une tige flexible, suivant les cas et les besoins. Suivant les situations particulières, polype fibro-muqueux très considérable par exemple ou polype fibro-muqueux double, siégeant dans les deux narines ou bilobé, occupant les parties postérieures des deux narines. On comprend que la manière de pratiquer l'ablation varie. Elle demandera quelquefois plusieurs séances, souvent une. L'extirpation est donc facile. Le polype fibro-muqueux ne récidive pas le plus souvent, même quand on n'a pas cautérisé la surface du pédicule sectionné. Mais il faut dire qu'il faut prendre cette précaution. On est sûrement à l'abri de la récidive.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Trélat.** — Soc. de chirurg., juillet 1873, 1874, 1877.
Chatellier. — Annales des maladies de l'oreille, août 1886.
Jamain et Terrier. — Manuel de chirurgie.
Legouest. — Soc. de chirurgie, 1889.
Poyet. — Bull. de la Soc. anatomique, 1875, p. 623.
Chatellier. — Annales des maladies de l'oreille, page 473.
Berton. — Thèse de Paris, 1886.
Paulet et Bousquet. — Traité de Path. Externe.
Guichet. — Thèse de Paris, 1874.
Ed. Mathieu. — Thèse de Paris, 1875.
Nigot. — Thèse de Paris, 1883.
Géhin. — Thèse de Nancy, 1882.
Follin et Duplay. — Traité de Pathologie Externe.
Macintyre. — (Medico-Chirurgical society. Glasgow. Med. Journal, oct. 1888).
Bouchard. — Traité de Path. Externe.
Trélat. — Cliniques.
Semelder.
Schmiegelon. — Copenhague, août et sept. 1882.

Gosselin. — Cité dans les Bull. de la Soc. de chirurgie, 187,
1874.

Polailon. — Annales des maladies de l'oreille, sept. 1882.

Labbé. — Annales des maladies de l'oreille, 1872.

Panas. — Soc. de chirurgie, 1873.

Dict. Encyclop. des sc. médicales.

Dict. De méd. et de chirurgie.

Vu par le Président de la thèse,
LE FORT

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

